



ÄRZTIN für ALLGEMEINMEDIZIN  
FACHÄRZTIN für KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE  
WAHLÄRZTIN, Praxis 2620 Neunkirchen, Schulgasse 3  
PSYCHOTHERAPEUTIN (Systemische Familientherapie)  
SCHULÄRZTIN am BORG, H. Leopoldstr. 32, 2700 Wr. Neustadt

Email: [sophie.reisner@icloud.com](mailto:sophie.reisner@icloud.com), [www.kinderdok.at](http://www.kinderdok.at)

Kontakt unter: 0664/ 266 5717

Wiener Neustadt, im Jänner 2018

Liebe Eltern!

Liebe Erziehungsberechtigte!

Da sich Ihre Tochter oder Ihr Sohn für die Aufnahme in die 5. Klasse des Sportrealgymnasiums des BORG Wiener Neustadt beworben hat, darf ich Sie höflichst ersuchen, eine allgemeine Sporttauglichkeitsuntersuchung beim Haus-, Fach- (Kinder- und Jugendfacharzt oder Internisten) oder Sportarzt durchführen zu lassen, damit auch die körperliche Eignung zum Besuch der Sportklasse medizinisch überprüft werden kann.

Das beiliegende Formular muss vollständig ausgefüllt und vom untersuchenden Arzt unterfertigt **vor** der sportlichen Aufnahmeprüfung im Sekretariat oder beim Prüfer abgegeben werden (persönlich, per Mail oder Fax).

Erst wenn Ihr Kind eine Schulplatzzusage erhalten hat, sind der **Impfpass** und folgende **Zusatzbefunde (alles in Kopie)** bei der schulärztlichen Untersuchung im Mai/Juni vorzulegen:

- 1) **Komplette Harnuntersuchung**
- 2) **Blutbefunde:** KBB mit Diff., Elektrolyte, CRP, Glucose, Leber-, Nieren-, Schilddrüsenwerte, Cholesterin, Triglyceride, Eisenwerte, Vitamin D. Weitere Laborwerte sind nur bei eventuell bestehenden Vorerkrankungen nötig.
- 3) **Ergometrie (Belastungs-EKG)**
- 4) **Lungenfunktion**
- 5) **Sonstiges:** Sollten bei Ihrem Kind Allergien, Asthma, Epilepsie, Sehfehler, Zuckerkrankheit, Skelettfehlbildungen, sonstige chronische Erkrankungen wie Herzfehler u.ä. oder Unfallverletzungen etc. bestehen, bitte ich Sie, spezielle Befunde sowie Röntgenbefunde und spezifische, fachärztliche Atteste beizulegen.

Es wird darauf hingewiesen, dass es sich bei diesen Befunden um Privatleistungen handelt, die beim jeweiligen Arzt zu bezahlen sind, allerdings bieten Sportvereine auch Gutscheine für diese sportmedizinischen Untersuchungen an.

Zur Information: Mit topsport.at steht ein vom Land Niederösterreich zertifiziertes Institut für die Durchführung aller für die Aufnahme in den Sportzweig erforderlichen Untersuchungen in Wiener Neustadt zur Verfügung. Termine sind mit Herrn Dr. Stefan Vogt zu vereinbaren (Tel. Nr. 02622/2427950).

Mit der vorläufigen Schulplatzzusage erhalten Sie den genauen Termin für die schulärztliche Untersuchung. Kann dieser Termin nicht eingehalten werden, ersuche ich um telefonische Verständigung unter 02622/23116.

Mit den besten Wünschen für Ihr Kind verbleibe ich mit freundlichen Grüßen

Dr. Sophie Reisner e.h., Schulärztin

# Allg.Sporttauglichkeitsuntersuchung

männlich     weiblich

Name .....

Adresse .....

Geburtsdatum .....

Verein .....

Sportart .....

Stempel

Unterschrift .....

Untersuchungsdatum .....

Für den Wettkampfsport  tauglich     untauglich \*

\* Begründung .....

\* zeitliche Begrenzung .....



Familienanamnese	Relevante Erkrankungen/ Verletzungen	Medikamente / Allergien
Herz-Kreislaufisiko <input type="checkbox"/> ja  <input type="checkbox"/> nein		

RR        /        mmHg    Puls        /min    Gewicht        kg    Größe        cm    BMI        kg/m<sup>2</sup>

## Internistisch

	auffällig	unauffällig
Herz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphknoten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Auffälliger Befund* .....

*Abklärung bzw.Kontrolle wegen* .....

## Orthopädisch

	auffällig	unauffällig
Wirbelsäule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obere Extremität .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untere Extremität .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Auffälliger Befund* .....

*Abklärung bzw.Kontrolle wegen* .....

## Sonstige Befunde

	auffällig	unauffällig
HNO (Hören) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen (Sehen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurol./Psych. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Auffälliger Befund* .....

*Abklärung bzw.Kontrolle wegen* .....

## EKG

auffällig    unauffällig  
           

Bemerkungen .....