



Ski Austria
Oberösterreich

SPORTTAUGLICHKEIT

Name: _____

GebDatum.: _____ SozVersNr: _____

Herausgeber:

Dr. Jürgen Kleinrath

FA f. Unfallchirurgie
FA f. Orthopädie und Traumatologie
FA f. Sporttraumatologie
ÖAK Diplom Sportmedizin
Privatordination KH Diakonissen, Linz
Spezialgebiet: Schulter- & Ellbogenchirurgie

Dr. Christoph Hartl

FA f. Unfallchirurgie und Intensivmedizin (UC)
FA f. Orthopädie und Traumatologie
Notarzt
Unfallchir. Abt., Pyhrn-Eisenwurzen-Klinikum Steyr
Spezialgebiet: Neurotraumatologie, Wirbelsäulen-
und Beckenchirurgie

Stand: 23. Juni 2026

Name:

GebDatum.: SozVersNr:

Erziehungsberechtigte:Tel.:

.....Tel.:

chron. Erkrankungen/Verletzungen:

-
-
-
-

Dauermedikation:

-
-
-
-

Allergien:

-

Diätologische Notwendigkeiten:

-

Impfstatus:

-
- MutterKindPass: ja: nein:

Unterschrift Erziehungsberechtigte(r)/Datum:

.....

Name:

GebDatum.:

SozVersNr:

Pädiatrisch/Pädiatrisch-kardiologische Sporttauglichkeit:

- **Pädiatrische Auffälligkeiten:**

.....
.....
.....

- **Kardiologische Auffälligkeiten**

.....
.....
.....

EKG: oB: ... path:

Herzultraschall: oB: ... path:

- **weitere Untersuchungen erforderlich:**

Pädiatrisch:

Kardiologisch:

Augen:

HNO:

Sonstige:

**Das Kind ist pädiatrisch und pädiatrisch-kardiologisch in vollem
Umfang für die Ausübung von Leistungssport
geeignet / vorbehaltlich geeignet (s.o.) / nicht geeignet.** (nichtzutreffendes
streichen)

Unterschrift / Datum / Arztstempel:

Name:

GebDatum.:

SozVersNr:

**Pädiatrische/-kardiologische Nachtragsuntersuchung mit
beigebrachten Befunden am:**

.....

.....

- Therapieempfehlung:

.....

.....

**Das Kind ist pädiatrisch und pädiatrisch-kardiologisch in vollem
Umfang für die Ausübung von Leistungssport
geeignet / nicht geeignet.** (nichtzutreffendes streichen)

Unterschrift / Datum / Arztstempel:

Befundbegutachtung Augen / HNO / Sonstige (Dr. Kleinrath/Dr. Hartl):

**Das Kind ist unter Einhaltung der fachärztlichen Empfehlungen in
vollem Umfang für die Ausübung von Leistungssport
geeignet / nicht geeignet.** (nichtzutreffendes streichen)

Unterschrift / Datum / Arztstempel:

Name:

GebDatum.:

SozVersNr:

Kinderorthopädische Sporttauglichkeit:

- **Orthopädische Auffälligkeiten:**

.....
.....
.....
.....

- **weitere Untersuchungen erforderlich:**

Röntgen:
CT:
MR:
Sonstige:

**Das Kind ist pädiatrisch-orthopädisch in vollem Umfang für die
Ausübung von Leistungssport
geeignet / vorbehaltlich geeignet (s.o.) / nicht geeignet.** (nichtzutreffendes
streichen)

Unterschrift / Datum / Arztstempel:

Name:

GebDatum.:

SozVersNr:

**Kinderorthopädische Nachtragsuntersuchung mit
beigebrachten Befunden am:**

.....
.....

• **Therapieempfehlung:**

.....
.....

**Das Kind ist pädiatrisch-orthopädisch in vollem Umfang für die
Ausübung von Leistungssport
geeignet / nicht geeignet.** (nichtzutreffendes streichen)

Unterschrift / Datum / Arztstempel: