

Datum, Uhrzeit:

## STEP-SPORTEINGANGSTESTUNG

Name:	Geburtsdatum:
Sporttherapeut:in:	

ANAMNESE	
<p>Was ist das (orthopädische) Hauptproblem / der Hauptschmerz? Med. Befunde?</p> <p>Weitere Beschwerden und Erkrankungen (z.B. HKL/ Atemwege/...) / Lebensumstände?</p> <p>PAR-Q?</p>	<p><input type="checkbox"/> PAR-Q negativ</p>
<p>Grad der Schmerzen (1-10) [differenziert nach Schmerzbereich]</p>	
<p>Haben Sie psychosomatische Symptome? Welche?</p>	
<p>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?</p>	
<p>Wie sehen Ihre Sporterfahrungen aus? Waren oder sind Sie sportlich aktiv?</p>	
<p>Was sind Ihre Erwartungen an die STEP-Sporttherapie?</p>	

## ZIELSETZUNG

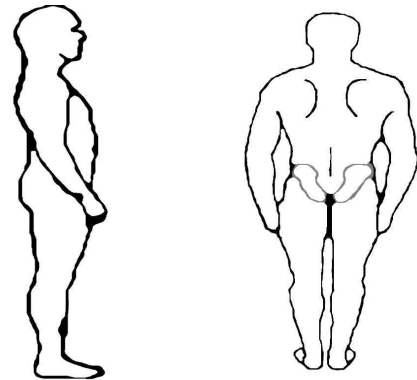
„Welche Ziele haben Sie erreicht, wenn die Sporttherapie erfolgreich verlaufen ist?“  
(physiologisch / psychologisch)

[Ziele sind: intrinsisch, konkret, realistisch, lösungsorientiert, formuliert als wären sie schon erreicht]

→ explorierte Ziele im Sporttherapieplan notieren

## PHYSIOLOGISCHE TESTUNGEN

Haltungsuntersuchung			
Schulterachse:			
Becken:			
Halswirbelsäule:			
Hyperlordose:		Flachrücken:	



Funktionstests			
Bewegung	R = L	Schmerz	Kommentar
Cervicale Flexion/ Extension			
Cervicale Rotation			
Schulter Flexion			
Schulter Abduktion			
Multisegmentale Rotation			

### Janda Dehntests

Ischios		Iliopsoas		Quadrizeps		Pectoralis		Piriformis		Bemerkungen
li	re	li	re	li	re	li	re	li	re	
1 = stark verkürzt		2 = verkürzt		3 = normal		4 = beweglich		5 = hypermobil		

### Weitere Diagnostik:

**SPORTTHERAPIEPLAN / TRAININGSEMPFEHLUNGEN**

Trainingszeiten:

Sporttherapeut:in:

**Trainingsziele:**

**Ausdauer**  
(mind. 20min)

Trainingswattzahl =                      Trainingsherzfrequenz =

**Kraft**  
(mind. 20min)

Schwerpunkt:

**Achtsamkeitsbasie  
rte Übungen**  
(z.B.  
Wahrnehmung,  
Koordination,  
Flexibilität,  
Entspannung)

Schwerpunkt: