

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



AOK-Sports-Bericht bei Sportverletzungen im privaten Bereich

AOK-Sports-Therapieeinrichtung _____
 IK-Nr.: _____

Unfall vom / _____ Beschwerden seit _____
 AU seit _____ OP am _____
 OP-Art _____ Operateur/KH _____

Aktuelle Medikation _____
 Aktuelle Hilfsmittel _____

Beruf _____ Familie _____
 Sport _____

	Eingangsuntersuchung	Zwischenuntersuchung	Abschlussuntersuchung
Aktuelle Beschwerden			
Pathologische Befunde			
Inspektion			
Palpation			
Statik, Dynamik, Gangbild			
Beweglichkeit			
Koordination			
Ausdauer, Testverfahren			
Belastbarkeit			
Beruf / Sport / Alltag			
Diagnose(n)			
Therapieziele			
Besondere Hinweise / Veränderungen			
Datum / Unterschrift			