



Name: _____ CodeNr. _____ Untersucher: _____
 Testnr. 1 Datum: _____ Nr. 2 _____ Nr. 3 _____
 Ruhepuls: _____
 Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg _____ kg _____ kg

<u>Testaufgaben</u>	<u>Bemerkungen /Punkte</u>	<u>Ergebnisse</u>					
1 Bauchmuskulatur	1	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>
2 Rückenmuskulatur	1	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>
3 Beine vorne	2 1	gut <input type="checkbox"/>	<u>R</u> <input type="checkbox"/> <u>L</u> <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	<u>R</u> <input type="checkbox"/> <u>L</u> <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	<u>R</u> <input type="checkbox"/> <u>L</u> <input type="checkbox"/>
		Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 hinten	2 1	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 seitlich	2 1	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Schulter-beweglk.	1	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>
7 -kraft	1	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>
8 Gleichgewicht	2 1	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Rumpf	2 1	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtpunkte Basisfunktionen (max. 14)		=====					
10 Ausdauer (2-) 6 min-Lauf <input type="checkbox"/> 1000 m Lauf <input type="checkbox"/> (Cooper <input type="checkbox"/>)	Puls /je4x :R,B,E 5,E 10	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defizite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Zeit _____	_____	Zeit _____	_____	Zeit _____	_____
		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /

Zusammenfassende Bemerkungen

Test Nr. 1
Test Nr. 2
Test Nr. 3