

Y-Balance-Test - Bewertungsbogen

Name: _____ Datum: _____

Geburtsdatum: _____

Sportart: _____

Standbein: _____ Spielbein: _____ Händigkeit: _____

Aktuelle Beschwerden: _____

Untere Extremität

Beinlänge rechts:

Bewegungsrichtung	Rechts [cm]	Links [cm]	Kommentar
Anterior			
Posteromedial			
Posterolateral			

Obere Extremität

Armlänge rechts:

Bewegungsrichtung	Rechts [cm]	Links [cm]	Kommentar
Medial			
Inferolateral			
Superolateral			

	Untere Extremität	Obere Extremität
Composite Right Score*:		
Composite Left Score*:		

* Composite Score: (Summe der maximalen Reichweiten) / (3x Bein-/Armlänge) * 100