

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DIE SPORTTAUGLICHKEIT

(Darf nicht älter als 3 Monate sein)

## Allgemeine Angaben:

Name:	Größe (m):	Medikamente:
	Gewicht (kg):	Allergien/Überempf.: (chlorhaltiges Wasser etc.)
Wohnort:	*BMI (kg/m <sup>2</sup> ):	Blutdruck (Ruhe):
	*%Körperfettanteil:	Herzfrequenz (Ruhe):
Geb.-Datum:	*Vitalkapazität (ml):	
	*FEV1 (%):	

## Körperliche Untersuchung:

	nicht auffällig	auffällig
Kopf/Hals/Sinnesorgan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz/Kreislauf/Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge/Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen/Niere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskulatur/Sehnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Weitere Diagnostik:

	nicht auffällig	auffällig
Ruhe-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Urinstreifendiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen/Details:

**Beurteilung:**  sporttauglich  nicht sporttauglich  z. Z. nicht sportfähig

Behandlung erforderlich:  ja  nein

Bericht folgt:  ja  nein

**Anmerkung/Empfehlung:**

---

Stempel des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

\* Es liegt im Ermessen des untersuchenden Arztes, ob er die mit \* gekennzeichneten Untersuchungs-/Vitalparameter untersucht - diese Angaben sind nicht zwingend notwendig.