

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DIE SPORTTAUGLICHKEIT

(Darf nicht älter als 3 Monate sein)

Allgemeine Angaben:

Name:	Größe (m):	Medikamente:
	Gewicht (kg):	Allergien/Überempf.:
Wohnort:	BMI (kg/m ²):	(chlorhaltiges Wasser etc.)
	%Körperfettanteil:	Blutdruck (Ruhe):
Geb.-Datum:	Vitalkapazität (ml):	Herzfrequenz (Ruhe):
	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 eingeschr. sportfähig z. Z. nicht sportfähig

Behandlung erforderlich: ja nein

Bericht folgt: ja nein

Anmerkung/Empfehlung:

Stempel des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes