

ÄRZTLICHE SPORTTAUGLICHKEITSBESCHEINIGUNG

Sportmedizinische Beurteilung · Geeignet / eingeschränkt / nicht geeignet

Ärztin/Arzt: _____ Berufsreg.-Nr.: _____

Praxis / Einrichtung: _____ Anschrift: _____ Tel.: _____

BESCHEINIGUNG DER SPORTMEDIZINISCHEN EIGNUNG

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausweisdokument: _____ Sportart / Aktivität: _____

Verein / Einrichtung: _____

SPORTMEDIZINISCHE BEURTEILUNG:

☐ SPORTTAUGLICH ☐ SPORTTAUGLICH MIT EINSCHRÄNKUNGEN ☐ DERZEIT NICHT SPORTTAUGLICH

KLINISCHE PARAMETER:

Blutdruck: _____ Puls: _____ Atemfreq.: _____ Temp.: _____ Gewicht: _____
Größe: _____ BMI: _____ Sehen: _____

BEMERKUNGEN / EINSCHRÄNKUNGEN / EMPFEHLUNGEN:

Diese Bescheinigung wurde ausgestellt in: _____

Ärztin/Arzt: _____ Berufsreg.-Nr.: _____ Datum: _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes