

Aufnahmeblatt Sport

Nachname		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Ausgeübte Sportarten			
Mitglied in Sportverein(en)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	in welchem/n?	
Mein Kind kann schwimmen:	sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	mittelmäßig <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/>
Unterschrift Erziehungsberechtigte/r:			

Ärztliches Attest

Größe	(in cm)		Gewicht:	(in kg)
Blutdruck	RR	/	mmHG	Puls: /min
Relevante Erkrankungen/ Verletzungen				
Medikamente/ Allergien				
Internistisch				
	auffällig	unauffällig		
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund.....	
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abklärung bzw. Kontrolle wegen	
Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orthopädisch				
	auffällig	unauffällig		
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund.....	
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ob. Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abklärung bzw. Kontrolle wegen	
unt. Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Befunde				
	auffällig	unauffällig		
HNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund.....	
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abklärung bzw. Kontrolle wegen	
Neurol./Psych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

- Aus ärztlicher Sicht gibt es keinen Einwand gegen den Besuch der Sport-MS Neuhofen
 Medizinische Gründe sprechen dagegen

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes