



## Sportler/in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Straße und Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

## Sportgesundheit

Der/Die oben genannte Sportler/in hat sich heute zur Untersuchung bei mir vorgestellt, mit folgendem Ergebnis:

- es bestehen keine Bedenken gegen die Ausübung von Sport
- eingeschränkt sportfähig (bitte unten detaillieren)
- nicht sportgesund

Die Gültigkeit dieser Untersuchung beträgt nach § 7 der Wettkampfbestimmungen des DSV - Allgemeiner Teil A - ein Jahr ab dem Ausstellungsdatum.

---

Datum

Stempel

Unterschrift Arzt