

# Ärztliche Bescheinigung

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Wurde am \_\_\_\_\_ untersucht.

## Inhalte der Untersuchung:

- Anamnese
- Klinische Ganzkörperuntersuchung unter besonderer Berücksichtigung des kardiovaskulären Systems und des Stütz- und Bewegungsapparates
- Visusprüfung

Bei der heute durchgeführten Untersuchung ergaben sich keine krankhaften Befunde. Eventuell notwendige Zusatzuntersuchungen wurden durchgeführt/veranlasst.

**Gegen ein systematisches Training im Leistungssport bestehen keine Bedenken.**

Datum \_\_\_\_\_

Untersuchender Arzt/ Ärztin  
Stempel: