BITZER & PARTNER | Poststraße 1 | 76829 Landau/Pfalz

**Ärztliches Attest zum Nachweis der Sporttauglichkeit**

**i.R. der beruflichen Sportteilnahme**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname Name

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

O.g. Person wurde von mir auf ihre/seine Sporttauglichkeit untersucht.

Folgende Punkte sind im Sinne der vollen Sporttauglichkeit für \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dies umfasst auch den Aufenthalt in chloriertem Wasser) ohne Befund:

󠆪 Bewegungsapparat

󠆪 Atemorgane

󠆪 Bauchorgane

󠆪 Harnorgane

󠆪 Nervensystem

󠆪 Hörfähigkeit

󠆪 Sehfähigkeit

󠆪 Haut

Die volle berufliche Sporttauglichkeit wird bescheinigt: 󠆪 ja 󠆪 nein

Die o.g. Person wurde darauf hingewiesen, dass bei körperlicher Beanspruchung durch sportpraktische Veranstaltungen oder Prüfungen beim Auftreten von Infektionskrankheiten oder während der Rekonvaleszenz Risiken entstehen können und dass er/sie in einem solchen Fall zur Abklärung der Teilnahmefähigkeit nochmals einen Arzt aufsuchen muss.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift / Stempel der Arztpraxis