

Name, Vorname:	Untersuchungsdatum:
Geb.-Datum:	Sportart:

**A: Sportmedizinische Probleme:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

**B: Andere medizinische Probleme:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

**Empfohlene Zusatzuntersuchungen und Abklärungen:**

**Empfohlene Massnahmen:**

**Weitere Resultate:**

Grösse:	cm	Gewicht:	kg	Fettanteil:	%
Blutdruck:	./	mmHg,	Herzfrequenz:	/ min	
EKG:					

**Datum:**

**Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin:**