

Sehr geehrte Frau Doktor! Sehr geehrter Herr Doktor!

Den Bewerber/innen für Sportmittelschulen wird durch eine Verordnung des Bundesministeriums für Bildung der **Nachweis der körperlichen Eignung** vorgeschrieben.

Wir ersuchen Sie deshalb um folgende Untersuchung für:

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

**A n a m n e s e :**

**Klinische Untersuchung :**

- a) Allgemeinstatus, Größe, Gewicht
  - b) Kopf
  - c) Hals
  - d) Thorax (Cor und Pulmo)
  - e) Peripherer Kreislauf, RR
  - f) Abdomen
  - g) Wirbelsäule und Becken
  - h) Extremitäten
  - i) Nervensystem und Sinnesorgane
- 

Aus der Untersuchung ergibt sich **kein Einwand gegen den Besuch der Sportklasse:**

Es bestehen vom Arzt aus **Bedenken gegen den Besuch der Sportklasse:**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_