

Betrifft: Aufnahme in die Sportmittelschule

# ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG

Name:

Geboren am:

Anamnese:

## Klinische Untersuchung:

a) Allgemeinstatus, Größe, Gewicht

b) Kopf

c) Hals

d) Thorax (Cor – Pulmo)

e) Peripherer Kreislauf, RR

f) Abdomen

g) Wirbelsäule und Becken

h) Extremitäten

i) Nervensystem

Der Schüler/Die Schülerin ist körperlich... (Bitte zutreffendes ankreuzen!)

geeignet

nicht geeignet

...eine Sportmittelschule zu besuchen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift/Stempel Arzt