



The German Kuo Shu Federation

Medizinisches Attest

Athlet (durch den Athleten auszufüllen)

Name: _____ Vorname: _____

Einverständniserklärung

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung und zur Speicherung der erhobenen Gesundheitsprobleme. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für den zuständigen Verbands- bzw. Sportarzt. Der Erteilung von Hinweisen an meine Trainer und an Dritte, die für die Trainings- und Wettkampfgestaltung von Bedeutung sind, sowie die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten stimme ich hiermit zu.

Urteilsfähige Personen unter 18 Jahren bedürfen der schriftlichen Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters.

Datum, Unterschrift des Athleten / des gesetzlichen Vertreters:

Medizinische Beurteilung (durch den Arzt auszufüllen)

Untersuchender Arzt

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Durchgeführte Pflicht-Untersuchung

- Sportärztliche Untersuchung (gemäss TGKSF-Formular)
- oder**
- Allgemeine medizinische Untersuchung (gemäss Ärzte-Vorschlagsformular)
- Ruhe-EKG
- Belastungs-EKG
- EEG (obligatorisch nach Schutzsperre in Folge eines K.O.)

Die benötigten Formulare wurden vom Wettkämpfer mitgebracht! Die Dokumente der medizinischen Untersuchung verbleiben nicht beim untersuchenden Arzt.



Wettkampftauglichkeit

- Wettkampftauglich inkl. Vollkontakt
- Wettkampftauglich ohne Vollkontakt
- NICHT Wettkampftauglich

Bemerkungen / Einschränkungen / Medikationen:

Datum, Unterschrift und Stempel des untersuchenden Arztes