

Medical Report

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: