

Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Polysportunterricht

Vorname: _____

Name: _____

100% Dispensation von: _____

bis: _____

Teildispensation von: _____

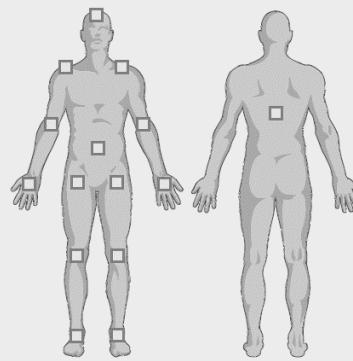
bis: _____

Datum der Untersuchung: _____

Befund: _____

Datum der Nachfolgeuntersuchung: _____

Folgende Körperregionen dürfen NICHT belastet werden:



Folgende Aktivitäten/Trainings sind erlaubt, sofern die betroffenen Körperregionen geschont werden können:

Laufen

Krafttraining obere Extremitäten

Radfahren

Krafttraining untere Extremitäten

Schwimmen

Rumpfkrafttraining

Aquafit

Rudern

Um einen möglichst raschen Wiedereinstieg in den normalen Trainingsalltag zu erreichen wird zudem folgende Therapie/folgende Massnahmen empfohlen: _____

Sonstige Anmerkungen: _____

Ort, Datum:

Unterschrift/Stempel behandelnder Arzt:
