

Ärztliches Attest

Jugendsportcamp 2018

TransDia-Sport Deutschland e.V.

Gudrun Manuwald-Seemüller
Frankfurter Str. 14/115
72760 Reutlingen

oder einscannen und senden an:
manuwald@transdiaev.de

Hinweis an den untersuchenden Arzt

Das ärztliche Attest gibt dem Veranstalter TransDia-Sport Deutschland e.V. Auskunft über die Teilnahmefähigkeit des Patienten am Jugendsportcamp 2018.

Bitte prüfen Sie aus Ihrer ärztlichen Sicht, ob Ihr Patient hieran teilnehmen kann.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Teilnehmer(in):

_____ (Vorname)

_____ (Nachname)

Medikamenten -Einnahmeplan:

Name des Medikamentes	Einzeldosi Einheit	Einnahme				Dar- reichungs- form	Bemerkungen und Hinweise
		morgens	mittags	abends	nachts		

Weitere Angaben:

Ist Ihr Patient betroffen von:			Bestehen allergische Reaktionen gegenüber:		
	ja	nein		ja	nein
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicillin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestimmte Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf-Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, gegen was:		
Bettnässen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wespenstiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hör-Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krämpfe / Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, gegen was:		

Datum der letzten Tetanus-Impfung: _____

Ergänzende Hinweise:

...

Mein Patient kann aus meiner ärztlichen Sicht am Jungendsportcamp vom 27.April bis 01.Mai 2018 teilnehmen.

Ja Nein

Hinweis:

Bitte erstellen Sie das Attest **NACH** dem 1. März 2018 und senden Sie es spätestens bis zum 10.April 2018 an die oben angegebene Adresse.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich meinen Patienten untersucht habe; aus medizinischer Sicht bestehen keine Einwände gegen die Teilnahme am Sportjugendcamp.

(Vorname)

(Nachname)

(Telefon)

(e-mail)

(Datum)

(Adresse)

(Unterschrift Arzt)

Stempel