



Sportärztliche Tauglichkeitsbescheinigung für

- das (Rettungs-)Schwimmtraining
- das Schnorcheltauchtraining
- den Rettungswachdienst der DLRG

(vom Antragsteller auszufüllen)

Name und Anschrift

Geburtsdatum

(vom untersuchenden Arzt auszufüllen)

Beurteilung: **Der/die Untersuchte kann - nicht - eingeschränkt - am o.g. Training / Rettungswachdienst der **DLRG** teilnehmen** (unzutreffendes bitte streichen)

Einschränkung: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

(Kopie für den Verein)

"-----"-----"-----"-----"-----"



Sportärztliche Tauglichkeitsbescheinigung für

- das (Rettungs-)Schwimmtraining
- das Schnorcheltauchtraining
- den Rettungswachdienst der DLRG

(vom Antragsteller auszufüllen)

Name und Anschrift

_____ cm _____ kg
Geburtsdatum Größe Gewicht

Hier ist Raum für Bemerkungen, wie z.B. frühere ernsthafte Erkrankungen oder Verletzungen:

(vom untersuchenden Arzt auszufüllen)

Beurteilung: **Der/die Untersuchte kann - nicht - eingeschränkt - am o.g. Training / Rettungswachdienst der **DLRG** teilnehmen** (unzutreffendes bitte streichen)

Einschränkung: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

(Ausfertigung für den Arzt)

Untersuchungsergebnis

Befunde: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

(Positive Befunde in dieser Spalte schließen auf jeden Fall die Teilnahme am Training der **DLRG** aus)

Allgemeinzustand:

- altersentsprechend Allgemeinzustand
-

Kopf / Hals:

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trommelfell bds. glatt spiegelnd | <input type="checkbox"/> keine vergrößerte Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Trommelfellperforation | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> Rachenring o.B. | <input type="checkbox"/> keine Halslymphome | | <input type="checkbox"/> rechts |
-

Thorax / Lunge / Herz:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> sym. Thorax | <input type="checkbox"/> sonorer Klopfeschall | <input type="checkbox"/> path. Lungenbefund |
| <input type="checkbox"/> seitengleich beatmet | <input type="checkbox"/> keine path. Herzgeräusche | <input type="checkbox"/> path. Herzgeräusche |
| <input type="checkbox"/> reines Vesiculäراتmen | | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
-

Abdomen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> keine Hernien | <input type="checkbox"/> Leber/Milz nicht vergrößert | <input type="checkbox"/> Leistenhernie |
| | | <input type="checkbox"/> andere Hernie |
-

Extremitäten:

- ohne path. Befund
-

Reflexgeschehen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ohne path. Befund | <input type="checkbox"/> path. Reflexe |
|--|--|
-

Kreislauffunktionen:

- RR in Ruhe: _____/_____ mmHg Frequenz: _____/min.
- Falls erforderlich Kreislauffunktionstest
- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hypotonie |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie |
-

Hörvermögen:

(Flüstersprache) re _____ li _____

für Schnorcheltauchen:

Urin-Status: _____ Atemstoß: _____ Vitalkapazität: _____

Nach ersten Erkrankungen oder Verletzungen muß diese Untersuchung wiederholt werden!