

**Medizinisches Datenblatt:**  
**Medical Report:**



**Angaben zur Person**

**Personal details**

Name/Vorname <i>Name/Surname</i>	
Alter: <i>Age:</i>	
Geburtsdatum: <i>Date of Birth:</i>	
Verein: <i>Association</i>	
Anders: <i>Other:</i>	

Adresse: <i>Address:</i>	
PLZ/Ort: <i>Zip Code/Place:</i>	
Nation: <i>Nation:</i>	
Telefon: <i>Phone:</i>	
Mobil Telefon: <i>Mobile:</i>	

**Medizinischer Fragebogen**

**Medicine questionnaire**

ja / nein

yes / no

Arzt

Doctor

Kopfverletzungen in den letzten 12 Monaten <i>Head injuries in the last 12 months</i>		
KO Schlag in den letzten 12 Monaten <i>Knockout blow in the last 12 months</i>		
Krankheiten in den letzten 3 Monaten <i>Diseases in the last 3 months</i>		
Verletzungen in den letzten 3 Monaten <i>Injuries in the last 3 months</i>		
Andere Probleme <i>Other problems</i>		

**Alle obigen Angaben entsprechen der Wahrheit**  
**All of the above information corresponds to the truth**

Unterschrift  
*Signature*

Datum/Ort  
*Date/Place*

**Medizinische Angaben**

**Medical Information**

<b>Gewicht:</b> <i>Weight:</i>	
-----------------------------------	--

Blutdruck <i>Blood Pressure</i>		Augen <i>Eye</i>	
Herzfrequenz <i>Heart Rate</i>		Status Bewegungsapparat <i>Status locomotor</i>	
Atmung <i>Respiration</i>		Wirbelsäule <i>Spine</i>	
Auskultation <i>Auscultation</i>		Periphere Gelenke <i>Peripheral joints</i>	
Bemerkungen <i>Comments</i>			

<b>Arzt Unterschrift</b> <i>Doctor Signatur</i>	
--	--