



GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG | PHYSICAL EXAMINATION FORM (FORM I-C)

VON EINEM ARZT AUSZUFÜLLEN | TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN

Name: _____
 Familienname | *Surname* Vorname | *First name* 2. Vorname | *Middle name*

Größe | *Height*: _____ Gewicht | *Weight*: _____ Blutdruck | *Blood Pressure*: _____ Puls | *Pulse*: _____

Sehstärke | *Vision*: R _____ L _____ Mit Korrekturgläsern | *With glasses or contacts*: R _____ L _____

Clinical Exam	Normal	Abnormal (Auffälligkeiten) <i>Explain abnormalities</i>
1. Haut <i>Skin</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
2. Kopf und Hals <i>Head and neck</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
3. Augen <i>Eyes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
4. Ohren, Nase und Mund <i>Ears, nose and mouth</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
5. Lymphknoten <i>Lymph nodes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
6. Herz und Kreislauf <i>Cardiovascular</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
7. Lunge <i>Respiratory</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
8. Bauch <i>Abdomen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
9. Genitalien/Leistenbruch (nur für Jungen) <i>Genitalia/Hernia (for males only)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
10. Muskeln und Knochen, inkl. Skoliosisuntersuchung <i>Musculoskeletal, including screen for scoliosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
11. Anderes <i>Others</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Bemerkungen:
Comments: _____

Hiermit bestätige ich, dass diese Schülerin/dieser Schüler von mir untersucht wurde mit besonderem Augenmerk auf diejenigen Systeme, die durch anstrengende körperliche Aktivitäten betroffen sind. Zum Zeitpunkt der Untersuchung gab es keinen Befund, der gegen eine aktive Teilnahme am Schulsport spricht.
I hereby certify that this student was examined by me, with particular attention to those systems affecting and affected by strenuous physical activity. At that time, no physical condition was detected which would reasonably be anticipated to render this student physically unfit to engage in any sports activity.

Ich habe die Schülerin/den Schüler untersucht und halte sie/ihn für fähig, an allen Aktivitäten des Sportunterrichts teilzunehmen außer: | *I have examined this student and find her/him fit to participate in all physical education activities except for:*

Bemerkungen:
Comments: _____

Name des Arztes | *Name of Physician*: _____

Kontaktnummer | *Contact number*: _____ E-Mail-Adresse | *Email*: _____ Adresse | *Address*: _____

Unterschrift | *Signature*: _____ Datum | *Date*: _____