

Ärztliches Attest

Name: _____

Geburtsdatum: _____ SV-Nr. _____

Sehvermögen: _____ Hörvermögen: _____

Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Gelenke): _____

Herz-Kreislauf-Lungenfunktion: _____

Hautprobleme: nein ja welche _____

Allergien: nein ja welche _____

Psychische Belastbarkeit : _____

Sonstige relevante Beeinträchtigungen, Krankheiten: _____

Impfungen

Grundimmunisierung vorhanden: nein ja

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischungen laut Impfpass: _____

	Datum der letzten Impfung	Datum der Titerbestimmung
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	_____	_____

Ausstehende Teilimpfungen bzw. Auffrischung am: _____

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift
untersuchende/r Ärztin, untersuchender Arzt