

## Ärztliches Zeugnis mit Dispensation vom Sportunterricht

Name / Vorname	
----------------	--

### TOTALDISPENSATION VOM SPORTUNTERRICHT

<b>Totaldispensation</b>	von..... bis.....
Bemerkungen:	

### DIFFERENZIERTERTE DISPENSATION (TEILDISPENSATION)

<b>Bewegungseinschränkung</b>	von..... bis.....
Bewegungseinschränkung bezüglich Herz-/Kreislauf-Belastung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bewegungseinschränkung bezüglich Wirbelsäulen-Belastung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bewegungseinschränkung bezüglich Belastung der Gelenke	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Folgende Gelenke / Muskelgruppen müssen geschont werden:	
<b>Empfohlene Übungen</b>	
<b>Ausdauertraining</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Jogging <input type="checkbox"/> Velo-Ergometer <input type="checkbox"/> Crosstrainer <input type="checkbox"/>
<b>Gymnastik-, Stretching-, Kraftübungen</b> unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Einschränkungen: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Bemerkungen:	

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift des Arztes / der Ärztin

---



---