

## Ärztliches Zeugnis mit Dispensation vom Sportunterricht

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

### TOTALDISPENSATION VOM SPORTUNTERRICHT

Totaldispensation	von .....	bis .....
Bemerkungen:		

### DIFFERENZIERTE DISPENSATION (TEILDISPENSATION)

Bewegungseinschränkung	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>			
Ausdauertraining (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