

# MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

(Muss vom Arzt ausgefüllt werden)

## PERSÖNLICHE DATEN

Vor- und Zuname

geboren am

Straße

PLZ/Ort

Geschlecht

weiblich

männlich

## HERZ - KREISLAUF

Blutdruck

in Ordnung

ja

nein

Puls

in Ordnung

ja

nein

Atmung

in Ordnung

ja

nein

Nervensystem

in Ordnung

ja

nein

## HNO

Hör-Gleichgewichtssystem

Störung liegt vor:

links  
rechts

ja   
ja

nein   
nein

## BEWEGUNGSAPPARAT

Arm

Störung liegt vor:

links  
rechts

ja   
ja

nein   
nein

Bein

Störung liegt vor:

links  
rechts

ja   
ja

nein   
nein

## AUGEN

Sehhilfe erforderlich

ja

nein

- Ich bestätige, dass die untersuchte Person fit ist, um an motorsportlichen Rennaktivitäten teilzunehmen
- Ich bestätige, dass die untersuchte Person **NICHT** fit ist um an motorsportlichen Rennaktivitäten teilzunehmen

Datum

Unterschrift des Arztes