## Ärztliches Zeugnis mit Dispensation vom Sportunterricht

|  |  |
| --- | --- |
| NAME / Vorname |  |

 **TOTALDISPENS VOM SPORTUNTERRICHT**

|  |  |
| --- | --- |
| Totaldispens  | vom       bis       |
| Bemerkungen:       |

 **DIFFERENZIERTE DISPENSATION (TEILDISPENS)**

|  |  |
| --- | --- |
| Bewegungseinschränkung | vom       bis       |
| Bewegungseinschränkung bezüglich Herz-Kreislauf-Belastung  | JA [ ]  | NEIN [ ]  |
| Bewegungseinschränkung bezüglich Wirbelsäule-Belastung  | JA [ ]  | NEIN [ ]  |
| Bewegungseinschränkung bezüglich Belastung der Gelenke  | JA [ ]  | NEIN [ ]  |
| Folgende Gelenke / Muskelgruppen müssen geschont werden:       |
| Empfohlene Übungen |  |  |
| **Ausdauertraining** (Zutreffendes bitte ankreuzen) | Jogging [ ]  | Velo-Ergometer [ ]  | Ruder-Ergometer [ ]  |
| **Gymnastik-, Stretching-, Kraftübungen**unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Einschränkungen: JA [ ]  NEIN [ ]  |
| Bemerkungen:       |

Datum Stempel / Unterschrift des Arztes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|        |  |  |