## 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

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