



Medizinisches Zertifikat

Hiermit bestätige ich als unterzeichnender Arzt

Dr.: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

dass Herr /Frau _____ Geburtsdatum: _____

mit Blutgruppe _____ einer gründlichen klinischen Untersuchung unterzogen wurde.

Gewicht _____ Blutdruck _____ Herzfrequenz _____

Ein Ruhe-Elektrokardiogramm bildet Bestandteil dieses Zertifikats und ist beiliegend.

AUS MEDIZINISCHE GRÜNDEN BESTEHEN KEINE EINWÄNDE ZUR TEILNAHME AN EINEM 165KM LAUFWETTKAMPF ODER 100KM WANDERUNG WÄHREND 5 TAGEN.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Stempel, Siegel oder Berufsnummer

Ich, unterzeichnender Teilnehmer

Nachname: _____ Vorname: _____

Allergien _____

Medizinische und chirurgische Vorgeschichte (wird vertraulich behandelt):

Regelmässige oder laufende medizinische Behandlung (ggf. Name des Wirkstoffs des Arzneimittels, dies ist aus medizinischen Gründen und im Falle einer Dopingkontrolle sehr wichtig.

erkläre hiermit, dass alle Informationen korrekt sind.

Datum: _____

Unterschrift: _____