



**Ärztliche Untersuchung für die Teilnahme am Eignungstest zur  
Aufnahme an der Sportmittelschule Oberndorf/Sportklasse**

Die ärztliche Untersuchung soll folgendes beinhalten:

1. Ausführliche Anamnese

2. Klinische Untersuchung

a) Allgemeinstatus, Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

b) Kopf

c) Hals

d) Thorax

e) Peripherer Kreislauf, RR

f) Wirbelsäule und Becken

g) Abdomen

h) Extremitäten

i) Nervensystem und Sinnesorgane

**Hiermit wird bestätigt, dass**

\_\_\_\_\_

Vorname	Nachname	Geb.Datum
---------	----------	-----------

**aus medizinischer Sicht geeignet ist, am Eignungstest der SMS Oberndorf teilzunehmen.**

Datum

Stempel

Name des Arztes/der Ärztin

Unterschrift