



SPORT-GESUNDHEITS-PASS

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Wohnort: _____

Straße u. Nr.: _____

Sportverein: _____

Hauptsportart(en): _____

1. Die Vorsorgeuntersuchung für Sportler soll schwerwiegende gesundheitliche Schädigungen aufdecken.
2. Bei Aufnahme eines Leistungstrainings werden zusätzliche sportmedizinische Untersuchungen angeraten.

Landessportbund Nordrhein-Westfalen e.V.
Friedrich-Alfred-Straße 25 · 47055 Duisburg · Tel. 0203 7381-0



SPORT-GESUNDHEITS-PASS

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Wohnort: _____

Straße u. Nr.: _____

Sportverein: _____

Hauptsportart(en): _____

1. Die Vorsorgeuntersuchung für Sportler soll schwerwiegende gesundheitliche Schädigungen aufdecken.
2. Bei Aufnahme eines Leistungstrainings werden zusätzliche sportmedizinische Untersuchungen angeraten.

Landessportbund Nordrhein-Westfalen e.V.
Friedrich-Alfred-Straße 25 · 47055 Duisburg · Tel. 0203 7381-0



SPORT-GESUNDHEITS-PASS

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Wohnort: _____

Straße u. Nr.: _____

Sportverein: _____

Hauptsportart(en): _____

1. Die Vorsorgeuntersuchung für Sportler soll schwerwiegende gesundheitliche Schädigungen aufdecken.
2. Bei Aufnahme eines Leistungstrainings werden zusätzliche sportmedizinische Untersuchungen angeraten.

Landessportbund Nordrhein-Westfalen e.V.
Friedrich-Alfred-Straße 25 · 47055 Duisburg · Tel. 0203 7381-0



SPORT-GESUNDHEITS-PASS

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Wohnort: _____

Straße u. Nr.: _____

Sportverein: _____

Hauptsportart(en): _____

1. Die Vorsorgeuntersuchung für Sportler soll schwerwiegende gesundheitliche Schädigungen aufdecken.
2. Bei Aufnahme eines Leistungstrainings werden zusätzliche sportmedizinische Untersuchungen angeraten.

Landessportbund Nordrhein-Westfalen e.V.
Friedrich-Alfred-Straße 25 · 47055 Duisburg · Tel. 0203 7381-0



Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift

Untersuchungsergebnis: Datum _____
sportgesund/eingeschränkt geeignet
Ratschläge: _____

Zusatzuntersuchung erforderlich:
Arzt: _____
Stempel und Unterschrift