

## Ärztliches Zeugnis mit Dispensation vom Sportunterricht

### Personalien

Frau  Herr

Name / Vorname \_\_\_\_\_

### Totaldispensation Sportunterricht

von / bis \_\_\_\_\_

Bemerkungen

---

---

---

### Differenzierte Dispensation (Teildispensation)

Bewegungseinschränkung von / bis \_\_\_\_\_

Bewegungseinschränkung bezüglich Herz-/Kreislauf-Belastung  Ja  Nein

Bewegungseinschränkung bezüglich Wirbelsäulen-Belastung  Ja  Nein

Bewegungseinschränkung bezüglich Belastung der Gelenke  Ja  Nein

Folgende Gelenke/Muskelgruppen müssen geschont werden:

---

---

### Empfohlene Übungen

---

---

### Ausdauertraining

Jogging  Velo-Ergometer  Crosstrainer

### Gymnastik-, Stretching-, Kraftübungen

Unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Einschränkungen:  Ja  Nein

Bemerkungen

---

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_