

BESTÄTIGUNG

Vorname; Nachname: .....

Versicherungsnr.: .....

wohnhaft: .....

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau .....  
die gesundheitlichen Voraussetzungen für Belastungen im Sportstudium vollkommen erfüllt,  
der Patient ist physisch und psychisch voll gesund.

Datum der Untersuchung:.....

Mit freundlichen Grüßen,

.....  
*Arztstempel & Unterschrift*