

# Medizinische Untersuchung für den Eignungstest<sup>1</sup>

Bitte dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben an die SMS 1 Sportmittelschule Ried i.l. schicken, per Post bzw. per Mail ([ms1@ried-innkreis.at](mailto:ms1@ried-innkreis.at)) oder spätestens zum sportlichen Eignungstest am **30.01.2025 bzw. 31.01.2025** persönlich mitbringen.

<p><b>Daten des Kindes:</b></p> <p>Familienname: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ: _____ Ort: _____</p> <p>Telefon: _____</p>	<p><b>Vom Erziehungsberechtigten auszufüllen:</b></p> <p>Ich erkläre mich mit den Aufnahmebedingungen der Sportmittelschule Ried i.l. (medizinische Untersuchungen, Absolvierung des Eignungstests, Ankauf der Ausrüstung) einverstanden.</p> <p>_____</p> <p>Ort, Datum</p> <p>_____</p> <p>Unterschrift d. Erziehungsberechtigten</p>
---	---

**1. Ausführliche Anamnese:** \_\_\_\_\_

## 2. Klinische Untersuchung des Arztes:

- A. Allgemeinstatus/Größe/Gewicht \_\_\_\_\_
- B. Kopf \_\_\_\_\_
- C. Hals \_\_\_\_\_
- D. Thorax (Cor und Pulmo) \_\_\_\_\_
- E. Peripherer Kreislauf, RR \_\_\_\_\_
- F. Abdomen \_\_\_\_\_
- G. Wirbelsäule und Becken \_\_\_\_\_
- H. Extremitäten \_\_\_\_\_
- I. Nervensystem und Sinnesorgane \_\_\_\_\_

**Befund:** Es besteht **kein Einwand** gegen die Teilnahme am sportmotorischen Eignungstest.  
Von einer Teilnahme am sportmotorischen Eignungstest ist **abzuraten**.

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Voraussetzung zur Teilnahme am sportmotorischen Eignungstest!