

## 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 **29.02.2024 bzw. 01.03.2024** persönlich mitbringen.

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

### 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!