Chronische Erkrankungen/
Behinderung:

	Genauer Name der Erkrankung	**Besteht seit**	**Bekannt seit**	**In Behandlung bei:**
Grunderkrankung/ klassifizierungsrelevante Diagnose (*classification relevant diagnosis*)				
Weitere Grunderkrankungen/ Behinderungen: ***(additional diagnosis)***				

Genehmigungspflichtige Dauermedikation
(langfristige Einnahme):

Name des Medikamentes (Handelsname und Wirkstoff)	**Diagnose/ Grund der Einnahme**	**Art der Anwendung** (Tablette/Spray/ Salbe/Spritze)	**Dosierung** (z.B. mg)	**Häufigkeit** (z.B. Stück pro Tag)	**TUE von** (Nada/NPC/ UCI/..)	**TUE** **1) ausgestellt am** **2) gültig bis**	**Unterschrift/Stempel verordnender Arzt**

Gesundheitsuntersuchungen,
fachärztliche Untersuchungen und Impfstatus:

Datum der letzten Gesundheits-untersuchung	**Ort der letzten Gesundheitsuntersuchung (Name UZ)**	**Auffälligkeiten bei der internistischen Untersuchung** (Blutwerte, Ultraschall, EKG)	**Auffälligkeiten bei der orthopädischen Untersuchung** (Schiefhaltung, Muskeldefizite)	**Sonstige Besonderheiten** (z.B. Spezialuntersuchungen)	**Unterschrift DBS-Sportarzt** (Untersuchungsergebnisse erhalten/gesehen)

Fachärztliche Untersuchungen(z.B. Neurologie, Urologie, etc):

Datum der letzten fachärztlichen Untersuchung	**Name, Ort und Facharztbezeichnung des Arztes**	**Auffälligkeiten bei der Untersuchung**	**Unterschrift untersuchenden Arzt**	**Unterschrift DBS-Sportarzt** (Untersuchungsergebnisse erhalten/gesehen)

Impfungen (jeweils Datum der letzten Auffrischung):

Tetanus	**Diphterie**	**Masern**	**Mumps**	**Röteln**	**Polio** (Kinder-lähmung)	**Hepa-tits A**	**Hepa-tits B**	**Pertussis** (Keuch-husten)	**FSME** (Zecken)	**Grippe**	**Tbc**			**Unterschrift DBS-Sportarzt**