

# Ärztliche Bescheinigung



<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsort:</b>
<b>Strasse:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>PLZ:</b>	<b>Ort/Land:</b>

<b>Körperliche Untersuchung :</b> unauffällig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---

<b>Ruhe-EKG:</b> unauffällig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--

<b>Blutdruck in Ruhe:</b> / mm Hg
-----------------------------------

## Labor

<b>Hepatitis</b>	<b>Ergebnis:</b>
Anti-HBs	
Anti-HBc gesamt	
Anti-HCV	
<b>HIV</b>	
Anti-HIV 1/2 p24Ag	

## Bemerkungen/Einschränkungen:

Für die o.g. Person bestehen zum Zeitpunkt der Untersuchung keine medizinischen Bedenken, an der Vollkontaktsportart Mixed Martial Arts (MMA) teilzunehmen.

<b>Ort:</b>	<b>Datum:</b>
-------------	---------------

<b>(Unterschrift und Name des Arztes)</b>	<b>(Stempel des Arztes)</b>
---	-----------------------------