



Checkliste für den Arzt – Übersicht (Seite 1/3)

Name: Phommara Levin Quentin (18780) Geburtsdatum: _____
Sportart: 07.04.2008 Männlich
Bergstrasse 4a Kategorie(en): _____
8280 Kreuzlingen

Arztzeugnis – Vom Arzt auszufüllen!

Der unterzeichnende Arzt hat den obenerwähnten Lizenzgesuchsteller gemäss den Formularen

- "Medizinische Vorgeschichte (Seite 2)" und
- "Ärztliche Untersuchung (Seite 3)"

am 12.1.23 untersucht.

Beurteilung: Tauglich an Motorradrennen teilzunehmen
 Untauglich

Lautet die Antwort "Untauglich", wird die Akte an den Vertrauensarzt der FMS für eine zusätzliche Untersuchung übermittelt.

Ort: 12.1.23 Kreuzlingen Datum: _____
Kinderärzte im Zentrum
Dr. Schneider & Team
Sandbreitestrasse 18
8280 Kreuzlingen
071 672 33 20

Unterschrift / Stempel Arzt: [Handwritten Signature]

Ich bestätige, dass keine Gründe bestehen, die mir die Ausübung des Motorradsportes verbieten. Ich unterstelle mich der Sporthoheit und der FIM / FIM Europe und FMS Reglementation. Im Besonderen akzeptiere ich mit meiner Unterschrift alle Bestimmungen der FMS und Swiss Olympic Association betreffend Antidoping (Die aktuelle Dopingliste finden Sie unter www.swissolympic.ch oder unter www.sportintegrity.ch) und die Weitergabe ärztlicher Dokumente vom Sportarzt an die Jury und die Haftpflichtversicherung des jeweiligen Rennens und an das Sekretariat der FMS.

Ich bestätige ebenfalls, dass ich mir bewusst bin, dass die in der FMS Lizenz inbegriffenen Versicherungsdeckungen an eventuellen Teilnahmen von nicht offiziellen oder von der FMS nicht anerkannten Veranstaltungen ungültig sind.

Datum: _____ Unterschrift Fahrer: _____

Für Minderjährige: Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: _____



VOM FAHRER AUSZUFÜLLEN UND MIT DER CKECKLISTE DEM ARZT ZU ÜBERGEBEN

Ärztliche Vorgeschichte

BEILAGE A (Seite 2/3)

Persönliche Angaben:

Name:	Vorname: <i>Levi</i>	Geburtsdatum:
Geschlecht:	<input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

NEIN		JA	Details
<input checked="" type="checkbox"/>	Bewusstlosigkeit aus irgendeinem Grund	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Schwindel oder Kopfweh	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Augenprobleme (ausser Brille)	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Allergien auf Medikamente od. Substanzen	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Blutdruckprobleme	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Magenprobleme (Geschwüre, usw.)	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Probleme Harn-Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Epilepsie oder Krämpfe	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Gemüts- oder nervöse Störungen	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Arm- oder Beinprobleme inbegriffen Muskelkrämpfe Gelenksteifheit	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Blutstörungen mit Tendenz zu Blutungen	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Operationen	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmässig Medikamente oder andere Substanzen?	<input type="checkbox"/>	

- a Ich habe kein Teilnahmeverbot aus ärztlichen Gründen für andere Sportarten
- b Ich nehme keine Drogen und trinke nicht zu viel Alkohol
- c Im Falle von Verletzungen erlaube ich dem Arztpersonal, notwendige Informationen dem Rennleiter und der FMS bekannt zu geben
- d Ich erkläre, dass die Informationen, die ich gegeben habe der Wahrheit entsprechen
- e Ich erlaube, dass die Angaben des Formulars „Ärztliche Untersuchung“ dem Arzt der FMS geschickt werden

Datum: 12.1.2023

Unterschrift: 



Ärztliche Untersuchung

BEILAGE B (Seite 3/3)

Persönliche Angaben:

Name:	Vorname: <i>Leni</i>	Geburtsdatum:
Geschlecht:	<input checked="" type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

Normal		Abnormal	Details (falls Abnormal)
<input checked="" type="checkbox"/>	Herz- und Gefäss-System		
<input checked="" type="checkbox"/>	Blutdruck		
<input checked="" type="checkbox"/>	Puls		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atem-System		
<input checked="" type="checkbox"/>	Nerven-System	Zentral	
<input checked="" type="checkbox"/>		Peripherie	
<input checked="" type="checkbox"/>	Nase-Hals-Ohren	im besonderen Funktion	
		Rechts	
		Links	
<input checked="" type="checkbox"/>	Gleichgewichtssinn	Rechts	
<i>2</i>		Links	
<input checked="" type="checkbox"/>	Bewegungsapparat	Arm	
<input checked="" type="checkbox"/>		Rechts	
		Links	
<input checked="" type="checkbox"/>		Bein	
<input checked="" type="checkbox"/>		Rechts	
		Links	
<input checked="" type="checkbox"/>	Wirbelsäule		
<input checked="" type="checkbox"/>	Abdomen (Bruch)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Harn	Albumin	
<input checked="" type="checkbox"/>		Glucose	
<input checked="" type="checkbox"/>	Augen (Sicht auf Distanz)	Ohne Korrektur	
<i>korrigiert off</i>		Rechts	
		Links	
<input checked="" type="checkbox"/>		Mit Korrektur	
<input checked="" type="checkbox"/>		Rechts	
		links	

Kinderärzte im Zentrum

Dr. Schneider & Team
Sandhofstrasse 18
8280 Kreuzlingen

071 672 33 20

Datum: 12.1.23

Unterschrift & Stempel Arzt: _____