

Arztpraxis/Stempel

Ort/Datum: _____

Ärztliche Verlaufs-Untersuchung im Rahmen des OBELDICKS-Programms

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße Nr.

PLZ Ort

Körpergröße (m):
Körpergewicht (kg):
Taillenumfang (cm):
Hüftumfang (cm):
Blutdruck:
Puls:
auffällige Blutwerte:

Bemerkungen/Besonderheiten:

Datum/Unterschrift (Ärztin, Arzt)

Ich bin damit einverstanden, dass diese Untersuchungsergebnisse an das OBELDICKS-Team weitergegeben werden und entbinde Sie von der ärztlichen Schweigepflicht für Untersuchungsergebnisse, die für die OBELDICKS-Schulung von Bedeutung sind.

Datum/Unterschrift des/r Erziehungsberechtigten