



SÄCHSISCHER BEHINDERTEN- UND
REHABILITATIONSSPORTVERBAND E.V.
VERBAND FÜR REHABILITATIONS-, BREITEN- UND LEISTUNGSSPORT

Kurzdiagnose Arzt Kegeln KB/GB

Vor- und Nachname des/der Athleten/Athletin:

Wurfhand des/der Athleten/Athletin:

Rollstuhlfahrer/-in (Ja/nein):

Name Arztpraxis:

Vor- und Nachname Arzt:

Adresse (Straße, PLZ., Ort) Arztpraxis:

Kurzdiagnose:

Sind Behinderungen an den Armen/Händen bekannt?

Sind Behinderungen an den Beinen/Füßen bekannt?

Ist eine Behinderung am Rumpf bekannt?

Liegt eine kognitive/geistige Behinderung vor?

Sind neurologische Erkrankungen bekannt?

Datum:

Ort:

Unterschrift Arzt und Stempel Praxis: