



# 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    ja    nein
---

<b>Ruhe-EKG:</b> unauffällig    ja    nein
--

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

**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>
---	-----------------------------