

Läkarkontroll inför match

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Personnummer: _____

Förening: _____



Allmänt

1. Vilket år började du boxas? _____

2. Tidpunkt för skador och KO? _____

3. Tidigare huvudskador? _____

4. Skador på näsa eller ögonbryn? _____

5. Avstängningar (när och hur länge)? _____

6. Symptom på kvarstående men? _____

Nervsystemet

5. Koordinations- och balansrubbningar _____

6. Talrubbningar _____

7. De vanligaste reflexerna _____

8. Synskärpa (minst 0.3 resp 0.2):

Vänster _____

Höger _____

9. Hörsel (döva får ej tävla):

Vänster _____

Höger _____

Nuvarande hälsotillstånd

1. Hjärta _____

2. Blodtryck _____

3. Puls _____

a) I vila _____

b) Efter 20 knäböjningar _____

c) Tid för återgång till normal puls _____

4. Lungor _____

10. Tänder _____

11. Bråck _____

12. Ryggrad och bröstorg _____

12. Extremiteter (t ex åderbråck) _____

13: Muskulatur (kryssa i rätt ruta)

Svag Medelmåttig Kraftig

14. Hud _____

Tävlingsduglig

Ej tävlingsduglig

Ort / datum

Läkarens namn

Läkarens underskrift

Läkarens telefonnummer:

Plats för stämpel