

**Internationale Deutsche Meisterschaften  
für Transplantierte und Dialysepatienten 2017 - Leipzig -**

**Ä r z t l i c h e s   A t t e s t**

Peter Kreilkamp  
TransDia-Sport Deutschland e.V.  
  
Jahnweg 2  
82229 Seefeld

oder einscannen und senden an:  
info@transdiaev.de

**Hinweis an den untersuchenden Arzt**

Das ärztliche Attest gibt dem Veranstalter TransDia-Sport Deutschland e.V. Auskunft über die Teilnahmefähigkeit des Patienten an einem, bzw. auch mehreren Sportwettbewerb(en).

Bitte prüfen Sie aus Ihrer ärztlichen Sicht, ob Ihr Patient den/die gemeldeten Wettbewerb(e) tatsächlich bestreiten kann. - Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

**Teilnehmer(in):** \_\_\_\_\_  
(Vorname) (Nachname)

... kann aus ärztlicher Sicht bei den Deutschen Meisterschaften vom 18. bis 21. Mai 2017 an folgenden Wettbewerben teilnehmen (bitte entsprechend ankreuzen):

Bitte Wettbewerbe eintragen	1.	ja <input type="checkbox"/>
	2.	ja <input type="checkbox"/>
	3.	ja <input type="checkbox"/>
	4.	ja <input type="checkbox"/>
	5.	ja <input type="checkbox"/>
ggf. Staffeln		ja <input type="checkbox"/>
		ja <input type="checkbox"/>

**Hinweis:**  
Bitte erstellen Sie das Attest NACH dem 10. März 2017! und senden Sie es spätestens bis zum 8. Mai 2017 an die oben angegebene Adresse.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich meinen Patienten untersucht habe; aus medizinischer Sicht bestehen keine Einwände gegen die Teilnahme an den Deutschen Meisterschaften.**

**Arzt**

\_\_\_\_\_  
(Vorname) (Nachname) (Telefon)

\_\_\_\_\_  
(e-mail) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Arzt)

*Stempel*