

# ÄRZTLICHES ATTEST

Zur Vorlage beim Eisschwimmtraining / Workshop

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Zweck der Untersuchung:** Bestätigung der allgemeinen gesundheitlichen Voraussetzung zum Schwimmen in einem Gewässer welches eine Wassertemperatur von 10 - 0 Grad aufweist.

Es wird hiermit bestätigt, dass Herr/Frau \_\_\_\_\_

die für die Teilnahme am Eisschwimmen nötige gesundheitliche Eignung besitzt.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stampiglie der untersuchenden  
Ärztin/des untersuchenden Arztes für  
Allgemeinmedizin