

SVENSKA THAIBOXNINGS FÖRBUNDET

(Obligatorisk läkare undersökning innan match)

LÄKARINTYG

1. Allmänt: (Ifylles av tävlanden)

Fullständig namn:

Person nummer: _____ - _____

- A. Vilket år började Du tävla i Thaiboxning ?.....
- B. Skador och K.O. (tidpunkt)?.....
- C. Tidigare huvudskador?.....
- D. Skador på näsa eller ögonbryn?.....
- E. Avstängningar (när och länge)?.....
- F. Symtom på kvarstående men?.....

Jag intygar härmed att ovan givna uppgifter är riktiga.

Tävlandes namnunderskrift:Ort & datum:

2. Nuvarande hälsotillstånd: (Ifylles av match läkaren)

- A. Hjärta (lyssna)
- B. Blodtryck
- C. Puls (syftar till att säkerställa tillräcklig kondition, inga infektioner mm)
 - a) I vila:
 - b) Efter 20 knäböjningar med upphopp: max 145
 - c) Tid för återgång till normal puls:max 100 s
- D. Lungor (lyssna):
- E. Nervsystemet:

 - a) Koordinations- och balans rubbningar:
 - b) Tal rubbningar (sludder motsv.):
 - c) De vanligaste reflexerna (en test / extremitet):

- F. Hörsel: Höger.....Vänster.....(döva får ej boxas)
- G. Tänder.....
- H. Bråck.....
- I. Muskulatur: Kraftig, medelmåttig, svag.....
- J. Hud (sår, övriga sjukdomarsmittorisk).....
- K. Godkänd MR hjärna med MR angiografi:

Ej tävlingsduglig, motivering:

Tävlingsduglig

Ort.....Den...../

.....
Läkarens underskrift

.....
Namnförtydligande

Plats för stämpel