

# ÄRZTLICHES ATTEST

zur Anmeldung zum 3-Monatskurs mit Yoga und Meditation bei der  
 SKANDINAVISCHEN YOGA UND MEDITATIONSSCHULE  
 Kurszentrum Håå, S-340 13 Hamneda, Schweden. Tel. 0046 372 55063

Des/der Untersuchten:

Geburtsdatum:..... Beruf: .....

Name: .....

Adresse: .....

Telefon (Tag/Abend): .....

Identität nachgewiesen durch:  persönl. Kennen  Führerschein  andere Identitätsnachweise

## Vom Arzt gemäß den Angaben des/der Untersuchten auszufüllen:

<i>Der/die Untersuchte hat, oder hatte:</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>		<i>Ja</i>	<i>Nein</i>	Wenn ja, bitte ausführlichere Auskünfte:
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augen-/Ohrenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Akutes rheumat. fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Struma oder andere endokrine Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chron. Gliederkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberkulose Erkrankung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ischias / Rückenbeschw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychische oder nervliche Leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Organisch. Nervenerkrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-/Kreislaufkrankheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere langwierige oder ernsthafte Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erkrankungen der Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Erkr. der inneren organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ernsth. körperl.Behinder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nimmt der/die Untersuchte Medizin?	Wenn ja, welche Sorte und seit wann?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Wird er/sie während des Kurses Medizin nehmen?	Wenn ja, welche Sorte und über welche Zeit?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Betrachtet er/sie sich als völlig gesund?	Wenn nein, aus welchem Grund?:					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						

*Hiermit versichere ich, daß die oben stehenden Angaben auf Ehre und Gewissen gemacht sind. Ich bin einverstanden damit, daß bewusst falsche Information sich auf die Bedingungen für meine Teilnahme am Kurs auswirken können.*

.....  
 Ort und Datum Unterschrift des/der Untersuchten

## Gesundheitszustand bei Untersuchung des Arztes:

Allgemeiner Zustand des Körpers, der Haut Mundhöhle, Nase, Rachen, Stimme, Sprache, Zähne Schilddrüse Gefäße, Krampfadern Atemorgane Innere Organe, Bruch Haltungsapparat, Bewegungsorgane	Keine Komm..	Kommentare	
Blutdruck	Urin: Eiweiß	Zucker	Sedimente

Anzeichen von organischen Nervenerkrankungen, psychischen oder nervösen Leiden oder Besonderheiten, Augen- oder Ohrenleiden sowie anderen Krankheiten oder Umständen von Bedeutung:

## Erklärung

- Keine weiteren Bemerkungen über den Gesundheitszustand des/der Untersuchten.
- Folgende Bemerkungen über den Gesundheitszustand des/der Untersuchten:

.....  
 Ort und Datum Unterschrift des Arztes

Adresse und Telefonnummer des Arztes (Stempel):