

Erklärung zum Gebrauch von Medikamenten

bitte dem Spitzenverband senden
bitte in Blockschrift ausfüllen

ATHLET/IN: Name:
Vorname:
Land:
Wohnort u. PLZ:
Straße:
Telef. / Fax-Nr.:

VERBAND:
Disziplin:
Kader:

(vom behandelnden Arzt auszufüllen:)
benötigt folgendes

MEDIKAMENT:
(bitte genau bezeichnen)

FORM DER VERABREICHUNG:
.....oral
.....intravenös
.....intramuskulär
.....inhalativ
.....

**DIAGNOSE / GRÜNDE
ZUR ERKLÄRUNG DER NOTWENDIGKEIT DER VERABREICHUNG:**
.....
.....
.....

BEHANDELNDER ARZT:
Name:
Adresse:
Telefon-Nr.:

GÜLTIGKEITSDAUER DIESES ATTESTS: vom bis
(voraussichtlich erforderlicher Einnahmezeitraum)

Datum:

Datum:

**Unterschrift / Stempel
des Arztes**
.....

**Unterschrift
Athlet/in**
.....