

SVENSKA WTKA FÖRBUNDET

Obligatorisk läkare undersökning innan tävling (för match inom Fullcontact – Lowkick – K1)

Dokumentet behålls av funktionär och lämnas till tävlingsledaren efter avslutad undersökning.

Fullständig namn (texta noggrant):

Person nummer (tio siffror):

1. Allmänt (Ifylles av den fightern)

A. Vilket år började Du tävla i kampsport?

.....

B. Skador och K.O. - tidpunkt (även från andra förbund etc.)?

.....

C. Tidigare huvudskador?

.....

D. Skador på näsa eller ögonbryn?

.....

E. Avstängningar (när och hur länge, omfattande även inom andra förbund)?

.....

F. Symtom på kvarstående men?

.....

Jag intygar härmed att ovan givna uppgifter är riktiga

Ort & datum:

.....

.....

Tävlandes namnunderskrift:

.....

Resultat av undersökningen.

Utövaren är vid dagens datum:

Tävlingsduglig Ej tävlingsduglig

Läkarens underskrift

.....

.....

.....

Namnförtydligande

.....

Telefonnummer (tjänstgöringsplats/klinkväxel/privat)

.....

2. Nuvarande hälsotillstånd: (Ifylles av matchläkaren)

A. Hjärta (lyssna)

B. Blodtryck

C. Puls
(syftar till att säkerställa tillräcklig kondition, ingen infektion och liknade)

a) I vila:

b) Efter 20 knäböjningar med upphopp:
max 145

c) Tid för återgång till normal
puls:
max 100 sekunder

D. Lungor (lyssna):

E. Nervsystemet:

a) Koordinations- och balans rubbningar:

.....

b) Tal rubbningar (sludder eller liknade.):

.....

c) De vanligaste reflexerna (en test / extremitet):

.....

F. Hörsel: Höger: Vänster:
(döva får ej tävla)

G. Tänder:

.....

H. Bräck:

.....

I. Muskulatur: Kraftig Medelmåttig, Svag

Eventuell kommentar:

.....

J. Hud (sår, övriga sjukdomar, smittorisk)

.....

PLATS FÖR LÄKARENS STÄMPEL