

SAISON 2023/24

BESTÄTIGUNG UNTERSUCHUNG

Der Klub (sportlicher Name)

bestätigt hiermit,

dass alle Spieler des Kaders der 1. Mannschaft die folgenden Untersuchungen durchgeführt haben:

Obligatorisch

- | | |
|---|--------------------------|
| SCAT | <input type="checkbox"/> |
| Neurologische Screening-Untersuchung und Untersuchung der Halswirbelsäule | <input type="checkbox"/> |
| Dual-Task | <input type="checkbox"/> |
| Fragebogen | <input type="checkbox"/> |

Fakultativ

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| VOMS | <input type="checkbox"/> |
| Neurokognitive Untersuchung | <input type="checkbox"/> |
| Apparativ gestützte Untersuchung | <input type="checkbox"/> |

Das Formular muss, gemäss der bei der SFL deponierten Informationen, rechtsgültig unterzeichnet sein und spätestens bis am **07. September 2023** an samuel.bapst@sfl.ch und info@sfl.ch gesendet werden.

Ort, Datum:

Vorname, Name des Teamarztes:

rechtsgültige Unterschrift des Teamarztes:

.....