A Veterán Világbajnokság Általános Szabályzatának 5.1. Cikke előírja:

"Minden birkózónak egy héttel a verseny kezdő időpontja előtt orvosi vizsgálatot kell végeznie a saját országában. Az UWW veterán orvosi igazolást a Nemzeti Szövetség által kijelölt hivatalos orvosnak kell kitöltenie és aláírnia. Ezt az űrlapot az UWW orvosnak kell eljuttatni az előzetes mérlegeléshez ".

UWW EVENT

Esemény

Hely / dátum ...

BIRKÓZÓ

Vezetéknév: Keresztnév: Születési idő (nap / hónap / év): Neme: Állampolgárság: Cím:

Telefonszám: E-mail:

MEDIKAI ÉRTÉKELÉSI ÖSSZEFOGLALÓ

1. Általános vizsgálat:

A- orvosi történet: normál kóros - kérjük, adja meg: ...

B- rutin laboratóriumi tesztek:

 • Hemoglobin, hematokrit, eritrociták, thrombocyták, leukociták, C-reaktív fehérje, glükóz, kreatinin, uracharid, trigliceridek, koleszterin (teljes LDL, HDL), kreatin-foszfokináz, nátrium, kálium, kalcium, Kérem pontosítsa: …

VETERAN MEDIKAI BIZONYÍTVÁNY

Veterán orvosi bizonyítvány 4

C- Bőrellenőrzés: Normál rendellenes - Kérjük, adja meg: ...

D- Általános egészségi állapot: Normál Támogatható a megfontolásokkal való küzdelemhez Nem jogosult versenyezni Kérjük, adja meg: ...

Doktori vizsga: Vezetéknév és név: Cím: Dátum: Aláírás:

3. Kardiovaszkuláris vizsgálat:

• Fizikális vizsgálat, mellkasi röntgensugár, pulzusszám és ritmus, vérnyomás, elektrokardiográfia, echokardiográfia Normál Támogatni a meggondolásokkal való küzdelemhez Nem jogosult versenyezni Kérjük, adja meg: ...

Doktori vizsga: Vezetéknév és név: Cím: Dátum: Aláírás és pecsét:

VETERAN MEDIKAI BIZONYÍTVÁNY

Veterán Orvosi Tanúsítvány Page 3 | 4

4. Ortopéd vizsga:

• gerinc (nyaki, mellkasi ágyéki), váll, kar, könyök, hónalj, csukló, kéz, ujjak, csípő, comb, térd, lábfej, boka és láb Normál Elfogadható, hogy birkózzon megfontolásokkal Nem jogosult versenyezni Kérjük, adja meg: ...

Doktori vizsga: Vezetéknév és név: Cím: Dátum: Aláírás és pecsét:

5. Orvosi igazolás

Igazolom, hogy ez a birkózó:

 Nincs látható ellenjavallat a versenyzés versenyzésében. Nem ajánlott a birkózás versenyképes gyakorlására.

Tanúsító orvos: Családnév és név: Orvosi nyilvántartási szám:

Cím:

Telefonszám: Faxszám: E-mail:

Dátum:

Aláírás és pecsét:

\*\*\*\*\*

VETERAN MEDIKAI BIZONYÍTVÁNY

Veterán orvosi igazolás Page 4 | 4

UWW