



SVERA Läkrintyg

Utfärdat för (namn): _____ Personnummer: _____

Börjat med båtsport: _____

Ev. olyckor (När, var & under vilka förhållanden) _____

Anser ni Er f.n. fullt frisk: _____

Förarens signatur: _____

Ev. övriga sporter: _____

LÄKARUNDERSÖKNING

Längd: _____

Vikt: _____

Lungor: _____

Hjärta: _____

Hjärt system: _____

Blodtryck i vila: _____

Neurologisk status: _____

Synskärpa: _____

Synfält: _____

Färgseende: _____

Hörsel: _____

Tobaksbruk _____

Alkoholvanor _____

Föreskrivna mediciner: _____

Allergi: _____

Diabetes: _____

Epilepsi _____

Nyligen opererad (när): _____

Förekommer medicinskt hinder för båtsport? _____

Undersökning utförd: _____

LÄKARE

Namnunderskrift _____

Namnförtydligande _____

Ort o datum _____

Adress o telefon _____