

<input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Stabil <input type="checkbox"/> Progressiv <input type="checkbox"/> Svingende			
Atleten er diagnosticeret			
Årstal:		<input type="checkbox"/> Ved fødslen	
Øvrige bemærkninger til diagnosen, medicin, operationer mv.:			
Øvrige diagnoser/funktionsnedsættelser:			
<input type="checkbox"/> Synshandicap		<input type="checkbox"/> Høretab	<input type="checkbox"/> Smerte
<input type="checkbox"/> Udviklingshandicap		<input type="checkbox"/> Psykisk diagnose	<input type="checkbox"/> Nedsat åndedrætsfunktion
<input type="checkbox"/> Nedsat stofskiftefunktioner			
<input type="checkbox"/> Nedsat kardiovaskulære funktioner			
<input type="checkbox"/> Nedsat muskeludholdenhed (f.eks. kronisk træthed)			
<input type="checkbox"/> Hypermobilitet/-instabilitet		<input type="checkbox"/> Andet	
Lægens navn			
Speciale			
Adresse			
Postnr.		By	
Telefon		Mail	
Jeg bekræfter hermed, at ovenstående oplysninger er korrekte			
Underskrift		Dato	