

## Helseattest

### for kampaktivitet som tillater knockout

Navn:		Født:	
-------	--	-------	--

**Hodeskader**

1. Har utøveren tidligere fått karantene som følge av støt mot hodet? (Hvis Nei, hopp over spm. 2-5)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
2. Sted / Stevne:	Dato:
3. Er utøveren henvist til spesialist i nevrologi og eller CT/MR av hodet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
4. Begrunnelse:	
5. Resultat av CT/MR: (Ved Ja på spm. 3)	

**Graviditet**

6. Er det gjort kjent for utøveren at graviditet utelukker deltagelse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
--	--

**Generell helsetilstand**

7. Normale forhold ved orienterende nevrologiske undersøkelse?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
8. Er det forhold av betydning ved klinisk undersøkelse av hjerte, lunger, abdomen, muskulatur og skjelett?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
9. Faste medisiner og eller kronisk sykdom:	
10. Anmerkninger:	

**Godkjenning**

11. Er utøveren godkjent for kampaktivitet som tillater knockout?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
---	--

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Sted
Dato
Lege