

An das  
Institut für Leistungsmedizin Münster GbR  
Düesbergweg 128  
48153 Münster

Dieses Formblatt bitte vor dem Leistungs-Check ausgefüllt dem Institut für Leistungsmedizin Münster zuschicken oder direkt bei uns abgeben!

Name:	Hausarzt:
Vorname:	
Geburtsdatum:	Anschrift:
Tel.-Nr. privat:	Tel.-Nr. dienstlich:
E-Mail:	
Größe:	Gewicht:
Sportart:	Trainingsumfang:
Trainingsziel:	Medikamente:
Bekannte Krankheiten (Herz-Kreislaufkrankungen):	
Gewünschte Untersuchung:    Fahrradtest <input type="checkbox"/> Laufbandtest <input type="checkbox"/> Trainingsplanung <input type="checkbox"/>	

*Ich versichere,  
daß ich die Fragen bezüglich vorangegangener Krankheiten und Herz-Kreislaufstörungen wahrheitsgemäß beantwortet habe.*

Datum / Ort:	Unterschrift:
--------------	---------------