

▶ Stempel der Arzt-Praxis ◀	<h2>PROTOKOLL</h2> <p>betreffend eine</p> <h3>TISCHTENNIS-TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG</h3>
-----------------------------	---

Der unterzeichnende Arzt .....  
( Name, Vorname )

bestätigt hiermit, dass er  
Frau / Herrn .....  
( Name, Vorname ) ( Geburtsdatum )

am .....  
( Datum der Untersuchung )

medizinisch untersucht hat,

und er bescheinigt hiermit, dass der (die) vorbezeichnete Patient(in) für die Ausübung der Sportart Tischtennis sowie für die Teilnahme an offiziellen Kompetitionen der Sportart Tisch-Tennis **uneingeschränkt tauglich** ist und dass keine medizinischen Bedenken bestehen hinsichtlich der Ausübung von sportlichen Tisch-Tennis-Tätigkeiten durch diese(n) Patienten(in) sowie hinsichtlich dessen (deren) Teilnahme an offiziellen Tisch-Tennis-Kompetitionen.

Diese Bescheinigung erhält Gültigkeit ab dem Tag ihrer Einsendung an das Sekretariat der FLTT (maßgebend ist das Datum des (der) diesbezüglichen Brief-Poststempels, e-mail oder Fax-Schreibens)

und behält ihre Gültigkeit bis zum 31. Dezember



**hier muss der Arzt das von ihm für die nächste TT-Tauglichkeits-Untersuchung des Patienten empfohlene Jahr eintragen, wobei dieser Termin jedoch nicht über jenes Jahr hinausgehen kann, das sich aus der nachfolgenden Bestimmung ergibt:**

Gemäss den diesbezüglich geltenden reglementarischen Bestimmungen der FLTT muss die nächste Tisch-Tennis-Tauglichkeits-Untersuchung des (der) Patient-en (-in) spätestens vor Ende jenes Jahres erfolgen, in dem der (die) Patient (in) als nächstes das **Alter von 54, 58, 61, 64, 67, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 81, 82, 83 usw. Jahren** erreichen wird; der untersuchende Arzt kann aber, bei diesbezüglich gegebener medizinischer Indikation, ein früheres Jahr für die nächste Untersuchung des (der) Patient-en (-in) festlegen, welches (ggf.) dann für die nächste Untersuchung maßgebend sein wird

Die **Spielberechtigung** für TT-Kompetitionen kann einem Spieler von der FLTT nur dann erteilt werden, wenn der Arzt diesem Spieler für solche Kompetitionen eine **uneingeschränkte Tauglichkeit** bescheinigt hat

..... , den .....  
( Ortschaft ) ( Datum ) ( Unterschrift des Arztes )

Diese Bescheinigung muss innerhalb von drei (3) Werktagen nach der Untersuchung eingeschickt werden an:  
**FLTT - Secrétariat Fédéral, 3 route d'Arlon, L-8009 STRASSEN**