

SAISON 2025/26

BESTÄTIGUNG UNTERSUCHUNG

Der Klub (sportlicher Name) bestätigt hiermit,

dass alle Spieler des Kaders der 1. Mannschaft die folgenden Untersuchungen durchgeführt haben:

Obligatorisch

SCAT

Neurologische Screening-Untersuchung und Untersuchung der Halswirbelsäule

Dual-Task

Fragebogen

Fakultativ

VOMS

Neurokognitive Untersuchung

Apparativ gestützte Untersuchung

Das Formular muss gemäss der bei den SFL deponierten Informationen rechtsgültig unterzeichnet sein und spätestens bis am **07. September 2025** an samuel.bapst@sfl.ch und info@sfl.ch gesendet werden.

Ort, Datum:

Vorname, Name des Teamarztes:

rechtsgültige Unterschrift des Teamarztes: