

**Bescheinigung**  
**über die Sportärztliche Tätigkeit in einem Sportverein oder Sportverband zur Vorlage**  
**bei der Ärztekammer**

Herr / Frau Dr. med. \_\_\_\_\_

aus \_\_\_\_\_

hat vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ den Sportverein / Sportverband

\_\_\_\_\_  
Name des Vereins oder Verbandes

in \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

sportärztlich betreut.

Betreute Sport- oder Trainingsarten\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betreute Sportler-Gruppen\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Art der sportärztlichen Betreuung\*: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es wurden durchschnittlich \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche für die Betreuung  
aufgewendet.

Name und Unterschrift des Vorsitzenden des Sportvereins oder Sportverbandes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

Stempel

\* Angaben entsprechend den Ausführungsbestimmungen zu 2.2.3 der Bedingungen für die Zuerkennung der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“. (Mindeststundenzahl 90, Mindestbetreuungszeit 1 Jahr, Betreuung von mindestens 3 Gruppen von Sportlern auf mindestens 3 Gebieten.)