RINGER-VERBAND SACHSEN E.V.

Formblatt **HAUTERKRANKUNGEN**

Arztpraxis (Stempel)

Ärztliche Bescheinigung über eine nicht infektiöse Hauterkrankung

_____ _____ _____
Name Vorname Geburtsdatum

Verein _____

Diagnose:

Die oben genannte Hauterkrankung/Hautveränderung ist nicht infektiös und stellt für andere Sportler beim Ringen keine Gefahr dar.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel

Die Bescheinigung wird nur bei Ausstellung durch einen Dermatologen beziehungsweise Verbandsarzt/Ärztekommission des DRB/RVS akzeptiert.

Präsident: Dr. Joachim Kühn
Mobil: 0152 54269314
E-Mail: j.kuehn@sachsenringer.de

Vereinsregister:
Amtsgericht Chemnitz Nr. VR. 623
St.-Nr. 231/141/08251

Erzgebirgssparkasse
IBAN: DE 23 8705 4000 3763 000487
BIC: WELADED 1 STB