

Formular für BHV- und Bezirks- Kader

Name: _____

Vorname: _____

Geburts-
datum: _____

Verein: _____

Unterschrift Vereinsvorstand

Vereinsstempel

Spielklasse:

LL ByL

Jugend:

A-J. C-J.

A-J.BuLi _____

B-J.

Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung (Standard)

**VOR der ersten Bezirks- oder BHV-Maßnahme,
danach 1 x jährlich**

Datum: _____ Untersuchender Arzt: _____

Aufgrund der sportmedizinischen Vorsorgeuntersuchung ist der Spieler / die Spielerin für den Leistungssport

geeignet

nicht geeignet

Unterschrift Arzt

Stempel

Eine (Teil-) Kostenerstattung der Arztkosten für die sportärztliche Vorsorgeuntersuchung i.H.v. 90 % ist möglich.

Es besteht kein Rechtsanspruch!

Für die evtl. Teilkostenerstattung bitte die **Arztrechnungen im Original nach Bezahlung!** zusammen mit der "Abrechnung Fördermittel Sportmedizin" im Original bis zum 14.11. eines Jahres an den

Bayerischen Handball-Verband e.V.

z.Hd. Andrea Fischer

Georg-Brauchle-Ring 93

80992 München

senden.

Bitte folgende Angaben hinzu fügen:

- Die Bankverbindung für die Erstattung

Die mögliche Teilkostenerstattung erfolgt dann im Feb./März des Folgejahres.

Rechnungen, die nach dem 14.11. eingereicht werden, werden beim BHV aufbewahrt und im Folgejahr berücksichtigt

BHV-Maßnahmen

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter

Datum: _____ Bezeichnung: _____

Bemerkung: _____

Unterschrift Lehrgangleiter