

# Ärztliche Sporttauglichkeitsbescheinigung – NBFC (Amateur-Kampfsport)

**Name des Athleten / der Athletin:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Adresse:**

---

## **Ärztliche Untersuchung**

Hiermit bestätige ich, dass der oben genannte Athlet / die oben genannte Athletin am angegebenen Datum in meiner Praxis ärztlich untersucht wurde. Die Untersuchung umfasste den allgemeinen Gesundheitszustand, das Herz-Kreislauf-System, den Bewegungsapparat sowie den neurologischen Status.

## **Sporttauglichkeit**

Nach dem aktuellen medizinischen Befund bestehen keine ärztlichen Bedenken gegen die Teilnahme an einer **Amateur-Kampfsportveranstaltung (MMA / Grappling)** im Rahmen eines sportlich regulierten Events der NBFC (New Breath Fighting Championship).

Diese Bescheinigung bestätigt ausschließlich den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Untersuchung und stellt keine Haftungsübernahme dar.

**Ort, Datum:**

---

**Stempel der Arztpraxis / Unterschrift:**

---