

Fachärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung zur Teilnahme am Behinderten – Wettkampfsport und am Deutschen Sportabzeichen für Menschen mit Behinderungen (DSA)

Herrn / Frau

.....
.....
.....

Der / Die Sportler /in

.....
leidet an einer Erkrankung, die durch Wettkampfsport bzw. die Teilnahme am DSA verschlimmert werden könnte.

Ihm / Ihr wurde

- operativ ein Implantat eingesetzt (künstliches Gelenk; BS-Ersatz etc.)

Er / Sie leidet an

- einer bestehenden oder abgelaufenen Herzerkrankung (auch Herzklappenersatz, Herzschrittmacher, Herzinfarkt etc.)

-
 besondere Einschränkungen (z.B. bestimmte Bewegungen, Sportarten etc.)

Der / Die Sportler /in möchte auf eigenen Wunsch wieder Leistungssport betreiben bzw. das DSA ablegen.

Sport ist zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Muskelleistung im Endoprothesenbereich bzw. für das betroffene Organ auch angezeigt. Der/die Sportler/in wurde auf die besonderen Gefahren bei der Ausübung des Wettkampfsports bzw. bei der Teilnahme am DSA hinsichtlich seiner Erkrankung hingewiesen. **Der/die Sportler/in hat in Eigenverantwortung unbedingt auf Überforderung und schädigenden Einfluss auf die Herz- Kreislauf- und Bewegungsorgane selbst zu sorgen.**

Extremsportarten (z.B. Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Bungee - Springen usw.) sind grundsätzlich verboten.

- Der/die Sportler/in ist uneingeschränkt leistungssporttauglich**
 Der/die Sportler/in kann folgende Sportarten im Behindertensport leistungssporttauglich betreiben bzw. am DSA teilnehmen:

.....
Der/die Sportler/in wurde auf die Risiken des Leistungssportes bzw. die Abnahme des DSA im Hinblick auf die bestehende Erkrankung intensiv und ausreichend aufgeklärt. Die Behindertensportorgane und der bestätigende Facharzt übernehmen keine Haftung bei einer evtl. Lockerung der Implantate oder sonstigen Verschlimmerung des Leidens, da aus medizinischer Sicht der Sportärzte im Behindertensport ein unnötiges Risiko mit der Teilnahme eingegangen wird.

Im Falle eines Unfalles oder einer Verschlimmerung des Leidens **haftet der/die Sportler/in selbst**. Er / Sie stellt hiermit den bestätigenden Arzt und die Behindertensportorgane von jeglichen Haftungsansprüchen frei!

Diese Bestätigung gilt über eine **Laufzeit von 12 Monaten**. Bei Ablauf ist sie nach Durchführung von entsprechenden Untersuchungen neu zu erstellen.

(Ort: **den** Datum

.....
(Unterschrift der/des Sportlers/in)

.....
(Unterschrift des Facharztes)
 Orthopäde Chirurg Kardiologe