

**Funktioneller Untersuchungsbogen**  
- Abteilung Nationale Spiele -



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Verein: \_\_\_\_\_

Leistungssportarten: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Erklärung des/der zu klassifizierenden Sportlers/in:

Ich leide an einer bestehenden oder abgelaufenen **Herzerkrankung** (auch Herzklappenersatz, Herzschrittmacher, Herzinfarkt, Zustand nach Bypass OP bzw. PTCA / Stent etc.)

Mir wurde **operativ ein Implantat eingesetzt** (künstliches Gelenk, BS-Ersatz etc.)

Ich leide **an keiner** der vorgenannten Erkrankungen (auch abgelaufene Erkrankungen)

Sollte eine dieser Erkrankungen vorliegen, verpflichte ich mich, den Behindertensport nur nach Vorliegen einer fachärztlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung auszuüben, die nicht älter als 12 Monate sein darf!

Mir ist bekannt, dass für die Einnahme eines Medikaments, das auf der aktuellen WADA-Verbotsliste (Liste der verbotenen Substanzen und Methoden) abrufbar unter: [www.nada.de](http://www.nada.de) steht, eine Bescheinigung des behandelnden Arztes vorliegen muss (nicht älter als 12 Monate), aus der die medizinische Notwendigkeit der regelmäßigen Einnahme hervorgeht.

Datum: .....

Unterschrift des Sportlers/in: .....

**Wichtig:**

- Es sollte in jeder Klasse nur die schwerste Behinderung bzw. Bewegungseinschränkung dokumentiert werden!
- COBB > bei Skoliosen erforderlich
- Bewegungseinschränkungen nach Neutral-0-Methode erforderlich

Haus-Vereins- od. Bezirks- Sportarzt		Landes- klassifizierer		DBS Klassifizierer	
Klasse:	HCP	Klasse:	HCP	Klasse:	HCP

<input type="checkbox"/>	<b>Klasse „ A “: Armschäden</b> Seite 2 Diagnose oder kurze Schadensbeschreibung: <input type="checkbox"/> Notwendige Erläuterungen auf der Rückseite .....	A		A		A	
<input type="checkbox"/>	<b>Klasse „ B “: Beinschäden</b> Seite 2 bis 3 Diagnose oder kurze Schadensbeschreibung: <input type="checkbox"/> Notwendige Erläuterungen auf der Rückseite .....	B		B		B	
<input type="checkbox"/>	<b>Klasse „ C “: Cerebralpareesen u. zentrale Paresen</b> Seite 4 Diagnose oder kurze Schadensbeschreibung: <input type="checkbox"/> Notwendige Erläuterungen auf der Rückseite .....	C		C		C	
<input type="checkbox"/>	<b>Klasse „ D “: Wirbelsäulenerkrankungen</b> Seite 4 Diagnose oder kurze Schadensbeschreibung: <input type="checkbox"/> Notwendige Erläuterungen auf der Rückseite .....	D		D		D	
<input type="checkbox"/>	<b>Klasse „ E “: Neurologische Erkrankungen</b> Seite 5 Diagnose oder kurze Schadensbeschreibung: <input type="checkbox"/> Notwendige Erläuterungen auf der Rückseite .....	E		E		E	
<input type="checkbox"/>	<b>Klasse „ F “: Internistische Erkrankungen</b> Seite 5 Diagnose oder kurze Schadensbeschreibung: <input type="checkbox"/> Notwendige Erläuterungen auf der Rückseite .....	F		F		F	
<input type="checkbox"/>	<b>Klasse „ G “: Sinnesschädigungen</b> Seite 5 Diagnose oder kurze Schadensbeschreibung: <input type="checkbox"/> Notwendige Erläuterungen auf der Rückseite .....	G		G		G	

### Erläuterungen oder Ergänzungen

zu den Behinderungs-Klassen  A;  B;  C;  D;  E;  F und  G:

**ZU:**


**CAVE:**

Hier sollten wichtige Diagnosen (z.B. TEP, KHK, Schrittmacher, ..... ) bzw. Medikamente (z.B. Marcumar, ..... ) vom Untersucher vermerkt werden!


<b>Stempel, Datum und Unterschrift des dokumentierenden Klassifizierers:</b>		
<b>Haus-Vereins- od. Bezirks-Sportarzt</b>	<b>Landes-Klassifizierer</b>	<b>DBS – Klassifizierer</b>