

**Fachärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung
zur Teilnahme am
Behinderten-Wettkampfsport**

Herrn/Frau
Name:

Vorname:

Der Patient leidet an einer Erkrankung, die durch Wettkampfsport verschlimmert werden könnte.

Ihm/Ihr wurde

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

.....

Er leidet an

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

.....

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

.....

Der Patient möchte auf eigenen Wunsch wieder Wettkampfsport betreiben. Sport ist zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Muskelleistung im Endoprothesenbereich bzw. für das betroffene Organ auch angezeigt. Der Patient wurde auf die besonderen Gefahren bei der Ausübung des Wettkampfsports hinsichtlich seiner Erkrankung hingewiesen. Der Patient 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 Patient ist uneingeschränkt leistungssporttauglich**

- Der Patient kann folgende Sportarten leistungssporttauglich betreiben:**

.....

Der Patient wurde auf die Risiken des Wettkampfsportes 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 Leistungssport ein unnötiges Risiko mit der Teilnahme eingegangen wird.

Im Falle eines Unfalls 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 6 Monaten. Bei Ablauf ist sie nach Durchführung von entsprechenden Untersuchungen neu zu erstellen.

Ort.....

Datum.....

.....
(Unterschrift des Patienten)

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