



## SPORTFÄHIGKEIT FÜR ENDOPROTHESENTRÄGER im Deutschen Behindertensportverband e. V.

### Checkliste zur Vorlage bei Deutschen Meisterschaften

#### EINLEITUNG

Diese Checkliste soll Ihnen als Facharzt/-ärztin als Hilfsmittel bei der Überprüfung der Sporttauglichkeit für behinderte Sportler/innen mit zusätzlichen Endoprothesenimplantaten bei der Beurteilung der Sporttauglichkeit zur Teilnahme an nationalen Wettbewerben im DBS dienen.

**Grundsätzlich sind Personen, die zusätzlich zu ihrer Behinderung an Erkrankungen leiden, die durch den Wettkampfsport negativ beeinflusst werden können, von der Teilnahme an nationalen Wettkämpfen im DBS ausgeschlossen.**

Durch die (Nicht)-Bestätigung der vollständigen Angaben in den verschiedenen Abschnitten soll Ihnen die Abschlussbeurteilung (Nicht)-Sporttauglichkeit mit Endoprothesen erleichtert werden. Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende an. Alle Abschnitte (A, B, C, D) müssen mit „nein“ angekreuzt werden und die Vorerfahrung in der gewählten Sportart ist mit „ja“ zu bewerten, damit eine positive Abschlussbeurteilung festgestellt werden kann. Bitte geben Sie vor Beginn folgende Angaben an:

Name der Sportlerin/des Sportler	
Alter	
Sportart	
Landesverband	
Voraussetzungen	

ERSTIMPLANTATION mit Datum:

Hüfte		Knie		Schulter		OSG		Andere	
-------	--	------	--	----------	--	-----	--	--------	--

**Angaben sind vom behandelnden Facharzt/-ärztin auszufüllen!!**

#### Vollständige Angaben ABSCHNITT A

##### Allgemeine Angaben

	Vollständige Angaben	Anmerkung
Operation weniger als 6 Monate zurück	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Prothesenbedingte Ruhe- bzw. Belastungsschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

#### Vollständige Angaben ABSCHNITT B

##### Radiologische Angaben

Röntgenbild älter als 6 Monate	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lockerungszeichen - Säume, Einsinken der Prothese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
ungleiche Stellung der Prothesenkomponenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

*Röntgenkontrolle alle 12 Monate obligatorisch*



<b>Vollständige Angaben ABSCHNITT C: Klinische Angaben</b>		
	<b>Vollständige Angaben</b>	<b>Anmerkung</b>
Muskelumfangdifferenzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hinken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beugung - Streckung eingeschränkt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Vollständige Angaben Abschnitt D: Individuelle Angaben</b>		
Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
BMI > 30	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>Ergebnis der Beurteilung (mit Ja zu beantworten)</b>		
Sportliche Vorerfahrungen in gewählter Sportart	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Er/Sie ist  uneingeschränkt sporttauglich für die Sportart(en): \_\_\_\_\_  
 nicht sporttauglich (Begründungen erforderlich)

Erläuterungen der Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Der/Die Sportler/in ist über ein bestehendes Restrisiko insbesondere hinsichtlich Prothesenlockerung und periprothetischer Fraktur hingewiesen und aufgeklärt worden.**

**Im Falle eines Unfalls oder einer Verschlimmerung der Behinderung durch den Sport haftet der/die Sportler/in selbst. Er/Sie stellt hiermit den bestätigenden Facharzt und die Behindertensportorgane von jeglichen Haftungsansprüchen frei. Die Kosten für die Untersuchungen trägt der/die Sportler/in.**

Name Sportler/in: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift (Sportler/in): \_\_\_\_\_

Name des Facharztes/-ärztin: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift (Facharzt/Fachärztin): \_\_\_\_\_