



## Sporttauglichkeit nach Endoprothesenimplantation – Checkliste zur Vorlage bei nationalen Wettkämpfen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher/weiblicher/neutraler Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für jedes Geschlecht.

Grundsätzlich sind Personen, bei denen zusätzlich zu ihrer Behinderung weitere Erkrankungen vorliegen, die durch den Wettkampfsport negativ beeinflusst werden können, von der Teilnahme an nationalen Wettkämpfen im DBS ausgeschlossen. Ausnahmen sind vor der Meldung zu nationalen Wettkämpfen des DBS vom zuständigen DBS-Sportarzt zu genehmigen.

Die folgende Checkliste soll dem Facharzt als Hilfsmittel bei der Überprüfung der Sporttauglichkeit von Menschen mit Behinderung mit zusätzlicher Endoprothesenimplantation dienen. Durch die vollständigen Angaben in den drei Abschnitten soll die abschließende Beurteilung der Sporttauglichkeit erleichtert werden. Für eine positive Beurteilung der Sporttauglichkeit sollte die Frage nach den sportlichen Vorerfahrungen in der Sportart mit „ja“, die Fragen in den drei Abschnitten hingegen mit „nein“ beantwortet werden. (Sollte eine der Fragen in den Abschnitten mit „ja“ beantwortet werden, ist zwingend eine Anmerkung erforderlich.)

Vorname und Name des Sportlers			
Geburtsdatum			
Landesverband			
Sportart			
Vorerfahrungen in der Sportart	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Implantation (Datum)	Hüfte		Knie
	Schulter		OSG
	andere		

Abschnitt A: Allgemeine Angaben		
		Anmerkungen:
Operation weniger als 6 Monate zurückliegend?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Prothesenbedingte Ruhe- bzw. Belastungsschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Übergewicht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



Abschnitt B: Radiologische Angaben		
		Anmerkungen:
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	

Abschnitt C: Klinische Angaben		
		Anmerkungen:
Relevante 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	

#### Ergebnis und Beurteilung der Sporttauglichkeit:

- Sportler ist  uneingeschränkt sporttauglich
- eingeschränkt sporttauglich (Erläuterung erforderlich)
- nicht sporttauglich (Begründung erforderlich)

Erläuterung/Begründung:

**Der Sportler bestätigt, alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben. Er wurde über ein bestehendes Restrisiko insbesondere hinsichtlich Prothesenlockerung und periprothetischer Fraktur hingewiesen und aufgeklärt. Im Falle eines Unfalls oder einer Verschlimmerung der Behinderung infolge der Teilnahme haftet der Sportler selbst. Der Sportler stellt den Facharzt sowie den DBS und seine Mitgliedsverbände von jeglichen Haftungsansprüchen frei. Dies gilt nicht, falls Schäden auf grob fahrlässig oder vorsätzliches Handeln zurückzuführen sind. Die Kosten für die Untersuchungen trägt der Sportler.**

Name Sportler: \_\_\_\_\_ Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name Facharzt: \_\_\_\_\_ Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Eine Kopie dieser Checkliste ist vor der Meldung zu nationalen Wettkämpfen des DBS an den zuständigen DBS-Sportarzt zu senden und vom Sportler beim Wettkampf mitzuführen und auf Verlangen vorzuzeigen.

**Die Checkliste wurde geprüft und die Erlaubnis zur Teilnahme wird erteilt.**

Name DBS-Sportarzt: \_\_\_\_\_ Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_