

## „Fachärztliche Bescheinigung und Haftungserklärung“ zur Teilnahme am Wettkampfsport für Menschen mit Behinderungen im Deutschen Behindertensportverband (DBS)

Herrn/Frau

(Name)

(Adresse)

### Erklärung des Facharztes/der Fachärztin

Der / Die Sportler /in hat eine Erkrankung, die durch die Teilnahme am Wettkampfsport für Menschen mit Behinderungen im DBS verschlimmert werden könnte.

Er/sie leidet an

- einer bestehenden oder abgelaufenen Herzerkrankung (z.B. Herzklappenersatz, Herzschrittmacher, Herzinfarkt etc.) bzw. Erkrankung, die zu akuten Schüben neigt (z.B. Morbus Bechterew, Multiple Sklerose, Mukoviszidose etc.)

(Bezeichnung der Erkrankung) .....

- ihm/ihr wurde operativ ein Implantat eingesetzt (künstliches Gelenk; BS-Ersatz etc., nicht Zahnimplantat)

(Bezeichnung Implantat) .....

### **Der/die Sportler/in möchte auf eigenen Wunsch an Wettkämpfen im Leistungssport teilnehmen.**

Sport ist zur Verbesserung der körperlichen und mentalen Leistungsfähigkeit für die benannte Erkrankung auch angezeigt. Der/die Sportler/in wurde auf die besonderen Gefahren bei einer Teilnahme am Wettkampfsport bezogen auf seine/ihre Erkrankung hingewiesen. Ich habe **den/die Sportler/in darauf aufmerksam gemacht, dass er/sie in Eigenverantwortung** unbedingt auf Überforderung und schädigenden Einfluss auf seinen Körper **selbst zu achten hat.**

- Der/die Sportler/in ist uneingeschränkt sporttauglich<sup>1</sup>**

- Der/die Sportler/in kann folgende Sportarten im Behindertensport leistungssportlich betreiben:**

.....

### Erklärung des Sportlers/der Sportlerin

Ich wurde über meine Eigenverantwortlichkeit und die Risiken der Teilnahme am Wettkampfsport im Hinblick auf die bestehende Erkrankung durch den/die Arzt/Ärztin intensiv und ausreichend aufgeklärt. Der/die bestätigende Facharzt/-ärztin und die an der Wettkampfveranstaltung beteiligten Institutionen und Personen (z.B. Vereine, Verbände, Wettkampfleiter, Schiedsrichter) übernehmen **keine Haftung** bei einer evtl. Verschlimmerung meiner Erkrankung, da ich darüber aufgeklärt wurde, dass aus medizinischer Sicht der Fachärzte/-ärztin ein Risiko mit der Teilnahme eingegangen wird.

(Ort, Datum) .....

.....

(Unterschrift Sportler/in zur **Erklärung**  
**des Sportlers/der Sportlerin**)

.....

(Unterschrift und Stempel des Facharztes/ der  
Fachärztin - nicht Hausarzt - zur **Erklärung des Fachar-**  
**tes/ der Fachärztin** f. innere Medizin, Kardiologie, Or-  
thopädie etc).

Diese Erklärung gilt über eine **Laufzeit von 12 Monaten**. Nach Ablauf ist diese neu einzureichen.

Verschlechterung der bestehenden Erkrankung innerhalb des genannten Zeitraums sind dem unterzeichneten Arzt umgehend mitzuteilen.

<sup>1</sup> Für die erstmalige Beurteilung der Sportfähigkeit von Endoprothesenträgern ist die DBS-Checkliste für Endoprothesenträger zu verwenden