

„Fachärztliche Bescheinigung und Haftungserklärung“ zur Teilnahme am Deutschen Sportabzeichen für Menschen mit Behinderungen

Herrn/Frau

(Name)

(Adresse)

Erklärung des Facharztes/der Fachärztin

Der/Die Sportler/in hat eine Erkrankung, die durch die Teilnahme am Deutschen Sportabzeichen 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)

Für ihn/sie gelten

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

(Bezeichnung der Einschränkung)

Der/Die Sportler/in möchte auf eigenen Wunsch das Deutsche Sportabzeichen erwerben.

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 Deutschen Sportabzeichen 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 kann am Deutschen Sportabzeichen für Menschen mit Behinderungen

- teilnehmen. **nicht teilnehmen-** mit folgender Begründung:

.....

Erklärung des Sportlers/der Sportlerin

Ich wurde über meine Eigenverantwortlichkeit und die Risiken der Teilnahme am Deutschen Sportabzeichen im Hinblick auf die bestehende Erkrankung durch den/die Arzt/Ärztin intensiv und ausreichend aufgeklärt. Der/die bestätigende Facharzt/-ärztin und die am Sportabzeichen beteiligten Institutionen und Personen (z.B. Vereine, Verbände, Übungsleiter/innen, Prüfer/innen) 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/ de
Fachärztin - nicht Hausarzt - zur **Erklärung des**
Facharztes/der Fachärztin)

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.