

Zusatzformular für Sportclubs

zu Eintrittsformular für Sportclub-Mitglieder



Die nachfolgenden Informationen ermöglichen dem Sportclub eine auf die Sport treibende Person angepasste Gestaltung der Sportlektionen. Korrekte und vollständige Angaben sind Voraussetzung für eine sichere Betreuung und Förderung.

Die nachfolgenden Angaben sind durch die Hausärztin oder den Hausarzt auszufüllen und zu bestätigen.

Der Entscheid über die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung liegt bei der Sport treibenden Person bzw. bei der gesetzlichen Vertretung. Für die Folgen ungenügender Angaben übernimmt der Sportclub keine Verantwortung. Änderungen zu den nachfolgenden Informationen, die Auswirkungen auf den Sportunterricht haben könnten, sind dem Sportclub bzw. den verantwortlichen Sportleitenden unverzüglich mitzuteilen.

Mit der Unterschrift akzeptiert die Sport treibende Person, bzw. die gesetzliche Vertretung, dass das vorliegende Formular an die Sportleitende des Sportclubs weitergegeben wird. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Sportclub: PluSport · Behindertensport · 6210 Sursee

Sport treibende Person:

(Name / Vorname) _____

Behinderung

mit Behinderung ohne Behinderung

Autismus:

leicht mittel schwer Syndrom: _____

Geistige Behinderung:

leicht mittel schwer Trisomie 21
 Lernbehinderung andere: _____

Hörbehinderung:

gehörlos Hörrest Hörgerät
 → mögliche Verständigungsform: _____

Körperbehinderung:

CP Hemiplegie Diplegie Spastiker
 im Rollstuhl Lähmung Tetraplegie Paraplegie
 im E-Rollstuhl Polio Spina Bifida MS
 Degenerative Gelenkserkrankung Anomalien, wo? _____
 Amputation, wo? _____

Psychische Behinderung:

welche? _____

Sehbehinderung:

blind Sehrest: _____ %
 → Art der Sehbehinderung: _____

Sprachbehinderung:

welche? _____

Suchtbehinderung:

welche? _____

Bemerkungen: _____

Original: bleibt beim Sportclub

Kopie: für die Sport treibende Person

Krankheiten

Medikamente

<input type="checkbox"/> Allergien	welche? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Diabetes Melitus	Insulin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wie oft? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> EPI-Anfälle	Wann war der letzte Vorfall: _____ Wie sehen die Anfälle aus? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Herzfehler/-krankheit	welche? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Orthopädische Probleme	welche? _____ Körperteil: _____ Anomalien, wo? _____ Degenerative Gelenkserkrankungen: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wahrnehmungsstörungen: welche? _____ ja nein
 Andere Krankheiten welche? _____ ja nein

Sportliches Training

Tauchen möglich Rollen möglich Stopp and go - Bewegungen möglich
 Kopfsprung möglich Sprünge möglich (z.B. Trampolin) Drehbewegungen/Schaukelbewegungen möglich

Empfohlene Sportarten bzw. sportliche Tätigkeiten: _____

Sportarten/Tätigkeiten, die unbedingt vermieden werden müssen: _____

Notwendige Vorsichtsmassnahmen: _____

Notfallmedikamente: _____

Verhalten im Notfall: _____

Die Hausärztin oder der Hausarzt empfiehlt eine periodische ärztliche Untersuchung: ja nein

Wenn ja, in welchem Intervall: _____

Weitere Hinweise und Bemerkungen der Ärztin oder des Arztes: _____

Name und Tel.-Nr. der Ärztin oder des Arztes für Rückfragen: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift und Stempel Ärztin/Arzt: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift Sport treibende Person: _____
(bzw. gesetzliche Vertretung)

Original: bleibt beim Sportclub

Kopie: für die Sport treibende Person