

# Fachärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung zur Teilnahme am Behinderten – Wettkampfsport und am Deutschen Sportabzeichen für Menschen mit Behinderungen (DSA)

Herrn / Frau

---

---

---

Der / Die Sportler /in

.....  
hat eine Behinderung, die durch Wettkampfsport bzw. die Teilnahme am DSA verschlimmert werden könnte.

Er / Sie leidet an

- einer bestehenden oder abgelaufenen Herzerkrankung (auch Herzklappenersatz, Herzschrittmacher, Herzinfarkt etc.)

.....  
Für ihn/sie gelten

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

.....  
**Der/die Sportler /in möchte auf eigenen Wunsch wieder Leistungssport betreiben bzw. das DSA erwerben.**

Sport ist zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Muskelleistung für das betroffene Organ auch angezeigt. Der/die Sportler/in wurde auf die besonderen Gefahren bei der Ausübung des Wettkampfsports bzw. hinsichtlich einer Teilnahme am DSA bezogen auf seine/ihre Behinderung hingewiesen.

**Der/die Sportler/in hat in Eigenverantwortung** unbedingt auf Überforderung und schädigenden Einfluss auf die Herz- Kreislauf-Organen **selbst zu achten.**

Extremsportarten ( z.B. Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Bungee - Springen usw. ) sind grundsätzlich verboten.

- Der/die Sportler/in ist uneingeschränkt leistungssporttauglich**  
 **Der/die Sportler/in kann folgende Sportarten im Behindertensport leistungssportlich betreiben**

- 
- Der/die Sportler/in kann am Deutschen Sportabzeichen für Menschen mit Behinderungen teilnehmen**

Der/die Sportler/in wurde über die Risiken des Leistungssports bzw. die Abnahme des DSA im Hinblick auf die bestehende Behinderung intensiv und ausreichend aufgeklärt. Der/die bestätigende Facharzt/ärztin und die Behindertensportorgane übernehmen keine Haftung bei einer evtl. Verschlimmerung der Behinderung, da aus medizinischer Sicht der Sportärzte im Behindertensport ein unnötiges Risiko mit der Teilnahme eingegangen wird.

Im Falle eines Unfalls oder einer Verschlimmerung der Behinderung **haftet der/die Sportler/in selbst.** Er/Sie stellt hiermit den/der bestätigenden Arzt/Ärztin und die Behindertensportorgane von jeglichen Haftungsansprüchen frei!

Diese Bestätigung gilt über eine **Laufzeit von 12 Monaten.** Bei Ablauf ist sie nach Durchführung von entsprechenden Untersuchungen neu zu erstellen.

den  
(Ort: Datum

.....  
(Unterschrift der/des Sportlers/in)

.....  
(Unterschrift des Facharztes/ der Fachärztin)

- Kardiologe/Kardiologin  
 Betreuender Arzt/Betreuende Ärztin  
Herzsportgruppe