

Zusatzformular für Sportclubs



Diese Informationen ermöglichen dem Sportclub eine auf die SportlerInnen angepasste Gestaltung der Sportlektionen. Korrekte und vollständige Angaben sind Voraussetzung für eine sichere Betreuung und Förderung.

Wir empfehlen, die folgenden Angaben durch den Hausarzt ausfüllen und/oder bestätigen zu lassen.

Der Entscheid über die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung liegt beim/bei der SportlerIn bzw. bei der gesetzlichen Vertretung. Für die Folgen ungenügender Angaben übernimmt der Sportclub keine Verantwortung. Änderungen zu folgenden Informationen, die Auswirkungen auf den Sportunterricht haben könnten, sind dem Sportclub bzw. den SportleiterInnen unverzüglich mitzuteilen.

Mit der Unterschrift akzeptiert der/die SportlerIn bzw. der/die gesetzliche VertreterIn, dass das Formular an die SportleiterInnen des Sportclubs weitergegeben wird. Die Angaben werden vertraulich behandelt.

Sportclub: ZOFINGEN

SportlerIn:
(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 SpastikerIn
 im Rollstuhl Lähmung Tetraplegie Paraplegie
 im E-Rollstuhl Polio Spina Bifida MS
 Degenerative Gelenkserkrankung Anomalien, wo?

Psychische Behinderung: welche?

Sehbehinderung: blind Sehrest %
→ Art der Sehbehinderung:

Sprachbehinderung: welche?

Suchtbehinderung: welche?

Krankheiten

- | | | |
|---|---|---|
| <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 Mellitus | Insulin: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wie oft? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | Auslösende Faktoren/Häufigkeit/Dauer: | <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? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Körperteil: | |
| | Anomalien, wo? | |
| | Degenerative Gelenkserkrankungen:..... | |
| <input type="checkbox"/> Wahrnehmungsstörungen: | welche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten | welche? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Medikamente

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:

Der Hausarzt empfiehlt dem/der SportlerIn periodische ärztliche Untersuchungen: ja nein

Wenn ja, in welchem Intervall:

Weitere Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Name und Tel-Nr. des Hausarztes für Rückfragen:

Ort/Datum: Unterschrift/Stempel Arzt:

Ort/Datum: Unterschrift SportlerIn:

(bzw. gesetzliche/r VertreterIn)