



ERHEBUNGSBOGEN

ausgefüllt vom

(Haus)Arzt

Physiotherapeut

Sportarzt des DBS

Datum:

Verein:

Kl.-Beauftragter:

Spieler/in:

Nachname:

Vorname:

weiblich männlich

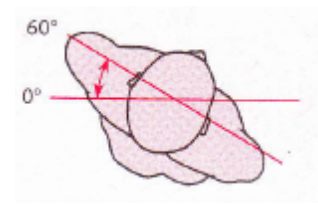


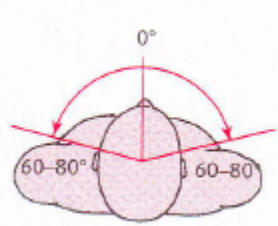
Geburtsdatum:

Hauptdiagnose:

Progredienz:

zusätzliche Diagnose/n:

Progredienz:

	aktive Beweglichkeit	Kraft/Muskelfunktion (nach MRC)	Bemerkungen
Rumpfdrehung (bitte einzeichnen oder Gradzahl angeben (re/li))	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> keine Bewegung möglich <input type="checkbox"/> re: li: 		
Rumpfneigung, seitlich (bitte einzeichnen oder Gradzahl angeben (re/li))	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> keine Bewegung möglich <input type="checkbox"/> re: li: 	aktive seitliche Rumpfaufrichtung: <input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	
Rumpfneigung, vorn/hinten: (bitte einzeichnen oder Gradzahl angeben (re/li))	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> keine Bewegung möglich <input type="checkbox"/> re: li: 	aktive Rumpfaufrichtung nach hinten: <input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich	
Kopfdrehung (bitte einzeichnen oder Gradzahl angeben (re/li))	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> keine Bewegung möglich <input type="checkbox"/> re: li: 		

	aktive Beweglichkeit	Kraft/Muskelfunktion (nach MRC)	Bemerkungen
Finger	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine Bewegung möglich		
Handgelenk	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine Bewegung möglich		
Arm	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine Bewegung möglich		
Ellbogen	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine Bewegung möglich		
Schulter	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> keine Bewegung möglich		
stehfähig	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich		
gehfähig	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht möglich		
Koordination - Arm/Hand	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> stark eingeschr.		
Koordination - Kopf/Rumpf	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> stark eingeschr.		
Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> stark eingeschr.		

Im Alltag angewiesen auf (ärztl. verordnet)

- Handrolli ausschließlich
 gelegentlich für weite Strecken im Haus
 wird nur geschoben
- E-Rolli ausschließlich
oder ähnliches gelegentlich für weite Strecken im Haus

Im Alltag und/oder beim Sport notwendig:

- Spezialkopfstütze
 Stirnband
 Thorakalpelotten
 Oberkörperfixierung
 Korsett
 Sondersteuerung
 Kinnsteuerung
 Fußfixierung
 Sonstiges:

Name und Anschrift des ausstellenden Arztes/Physiotherapeuten:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel

Hiermit entbinde ich,,

Herrn/Frau

von der Schweigepflicht bezüglich meiner medizinischen Daten.

Unterschrift Spieler/in