

# „Ärztliche Bescheinigung und Haftungserklärung“ zur Teilnahme am Deutschen Sportabzeichen für Menschen mit Behinderung

Herrn/Frau

(Name)

(Adresse)

## Stellungnahme des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin

Bei dem/der Sportler/in liegt eine Erkrankung vor, deren Verlauf durch die Teilnahme am Deutschen Sportabzeichen negativ beeinflusst werden könnte.

Es besteht

- eine Herzerkrankung, bzw.  
 eine Erkrankung, die mit akuten Schüben einhergeht.

(Bezeichnung der Erkrankung) .....

Für ihn/sie gelten

- besondere Einschränkungen (z. B. bei der Ausführung bestimmter 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 grundsätzlich angezeigt. Der/die Sportler/in wurde auf die besonderen Risiken bei einer Teilnahme am Deutschen Sportabzeichen, bezogen auf seine/ihre Erkrankung, hingewiesen. Ich habe **den/die Sportler/in darauf aufmerksam gemacht, dass er/sie eigenverantwortlich** auf Überforderung und schädigende Einflüsse auf seinen/ihren Körper **zu achten hat**.

## Der/Die Sportler/in kann aus ärztlicher Sicht am Deutschen Sportabzeichen für Menschen mit Behinderung

- 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 informiert und habe die Erklärung verstanden. Der/die bestätigende Arzt/Ärztin und die am Sportabzeichen beteiligten Institutionen und Personen (z. B. Vereine, Verbände, Übungsleiter/innen, Prüfer/innen) übernehmen **keine Haftung** für eine evtl. Verschlimmerung meiner Erkrankung durch die Teilnahme.

(Ort, Datum) .....

.....  
(Unterschrift Sportler/in zur **Erklärung**

.....  
(Unterschrift und Stempel des/der behandelnden Arztes/Ärztin zur **Stellungnahme**

Diese Erklärung gilt über eine **Laufzeit von 12 Monaten ab Ausstellungsdatum**. Nach Ablauf ist diese neu einzureichen. Eine Verschlechterung der bestehenden Erkrankung innerhalb des genannten Zeitraums sind dem/der behandelnden Arzt/ Ärztin umgehend mitzuteilen, um ggf. die Teilnahme am Sportabzeichen neu zu bewerten.