Fachbereich
Elektrorollstuhlsport
Ausschuss Klassifizierung

DRS
Deutscher Rollstuhl-Sportverband e. V.

E R H E B U N G S B O G E N

ausgefüllt vom ❑ (Haus)Arzt ❑ Physiotherapeut
❑ Sportarzt des DBS

Datum: _____

Verein: _____

Kl.-Beauftragter: _____

Spieler/in:

Nachname: _____

Vorname: _____

❑ weiblich ❑ männlich

Geburtsdatum: _____

Hauptdiagnose:

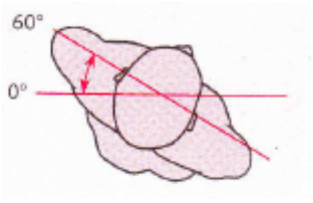
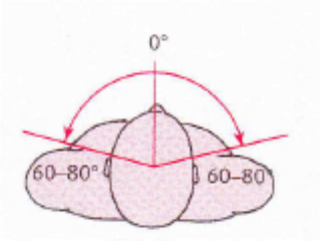
Progredienz: _____

zusätzliche Diagnose/n:

Progredienz:

_____

ERHEBUNGSBOGEN Spieler/in: Datum:

	aktive Beweglichkeit	**Kraft/Muskelfunktion** (nach MRC)	Bemerkungen
Rumpfdrehung (bitte einzeichnen oder Gradzahl angeben (re/li))	❑ keine Einschränkung ❑ keine Bewegung möglich ❑ re: li: 		
Rumpfneigung, seitlich (bitte einzeichnen oder Gradzahl angeben (re/li))	❑ keine Einschränkung ❑ keine Bewegung möglich ❑ re: li: 	aktive seitliche Rumpfaufrichtung: ❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ nicht möglich	
Rumpfneigung, vorn/hinten: (bitte einzeichnen oder Gradzahl angeben (re/li))	❑ keine Einschränkung ❑ keine Bewegung möglich ❑ re: li: 	aktive Rumpfauf richtung nach hinten: ❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ nicht möglich	
Kopfdrehung (bitte einzeichnen oder Gradzahl angeben (re/li))	❑ keine Einschränkung ❑ keine Bewegung möglich ❑ re: li: 		

ERHEBUNGSBOGEN Spieler/in: Datum:

	aktive Beweglichkeit	**Kraft/Muskelfunktion** (nach MRC)	Bemerkungen
Finger	❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ keine Bewegung möglich		
Handgelenk	❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ keine Bewegung möglich		
Arm	❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ keine Bewegung möglich		
Ellbogen	❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ keine Bewegung möglich		
Schulter	❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ keine Bewegung möglich		
stehfähig	❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ nicht möglich		
gehfähig	❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ nicht möglich		
Koordination - Arm/Hand	❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ stark eingeschr.		
Koordination - Kopf/Rumpf	❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ stark eingeschr.		
Sehfähigkeit	❑ keine Einschränkung ❑ eingeschränkt ❑ stark eingeschr.		

Im Alltag angewiesen auf (ärztl. verordnet)

- ❑ Handrolli
  - ❑ ausschließlich
  - ❑ gelegentlich ❑ für weite Strecken ❑ im Haus
  - ❑ wird nur geschoben

- ❑ E-Rolli oder ähnliches
  - ❑ ausschließlich
  - ❑ 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