

Sportärztliche Untersuchungen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

immer mehr Freizeit-/Breitensportler sind an sportärztlichen Untersuchungen interessiert. Der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) möchte deshalb in Zusammenarbeit mit der DGSP Ärzte empfehlen, die Teilnehmer an den ca. 10.000 vom DOSB zertifizierten Gesundheitsangeboten qualifiziert untersuchen können.

Wenn Sie alle folgenden 10 Kriterien erfüllen bzw. die Aussagen mit „ja“ beantworten, sind Sie ein DGSP/DOSB empfohlener Untersucher für das Programm „Sport Pro Gesundheit“ des Deutschen Olympischen Sportbunds. Mit Ihren Kontaktdaten werden Sie auf der DGSP-Internetseite geführt.

Bitte beantworten Sie alle Fragen korrekt und senden den Bogen zurück an: **DGSP, Klinik Rotes Kreuz, Königswarter Straße 16, 60316 Frankfurt.**

Bereiche	Kriterien	ja
Mitgliedschaft	Ich bin Mitglied eines Landesverbandes der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (Deutscher Sportärztebund) e. V.	<input type="checkbox"/>
Qualifikation	Ich bin im Besitz der Zusatzbezeichnung Sportmedizin. (bitte Kopie anfügen)	<input type="checkbox"/>
Sport Pro Gesundheit	Ich bin über das Programm „Sport Pro Gesundheit“ des Deutschen Sportbundes informiert.	<input type="checkbox"/>
Untersuchungszahlen	Ich führe jährlich mindestens 100 Belastungs-EKGs durch und dokumentiere diese.	<input type="checkbox"/>
Geräte	Zur Untersuchung verwende ich ein mindestens 3-Kanal-EKG-Gerät, ein regelmäßig kalibriertes Fahrradergometer oder Laufband und Blutdruckmessgerät sowie die Borg-Skala. Außerdem halte ich einen Notfallkoffer und Defibrillator bereit.	<input type="checkbox"/>
Anamnese	Ich verwende den von der DGSP empfohlenen Fragebogen zur sportärztlichen Untersuchung: http://www.dgsp.de/downloads/allgemein/S1_Leitlinie.pdf (Seite 20-23)	<input type="checkbox"/>
Untersuchung	Ich verwende den von der DGSP empfohlenen Untersuchungsbogen zur sportärztlichen Untersuchung: http://www.dgsp.de/downloads/allgemein/S1_Leitlinie.pdf (Seite 24-25)	<input type="checkbox"/>
Labor	Die Laboruntersuchung umfasst mindestens folgende Parameter: Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyzeride, Glukose (postprandial).	<input type="checkbox"/>
Ergometrie	Ich führe die Ergometrie nach den Empfehlungen der DGSP durch: 1. Ruhephase vor Belastung: 3-6 min. 2. Gesamtdauer möglichst nicht länger als 12-15 min. <u>In der Regel bis zur Ausbelastung.</u> 3. Stufenweise ansteigende Belastung alle 2 min. 4. Beginn mit 50 Watt, Patienten mit 25 Watt, Trainierte mit 100 Watt und mehr. 5. Steigerungsstufen 50 Watt bzw. 25 Watt (je nach Leistungs- bzw. Trainingszustand), im Ausbelastungsbereich Steigerung um 25 Watt. 6. Nach Belastung etwa 1-2 min. treten ohne Widerstand oder mit 25 Watt oder sofortiges Hinlegen nach Belastung. 7. Beim Laufband: Beginn mit 2,5 -3,0 m/s (8km/h) – je nach Sportart – und Steigerung alle 3 min. um 0,5 m/s (bzw. 2,0 km/h). Der Neigungswinkel beträgt 1,0 % (0,5-1,5%). 8. Nachbeobachtung nach Belastung 6 min.	<input type="checkbox"/>
Beurteilung	Der Untersuchte erhält eine schriftliche Mitteilung mit der Bewertung seines Gesundheitszustandes und seiner Belastbarkeit, Empfehlungen für das Ausdauertraining und das Training seines Bewegungsapparats.	<input type="checkbox"/>
Für Orthopäden, falls nicht alle Bedingungen erfüllt sind:	Wir nehmen Sie in der Liste auf, wenn Sie mit einem Kollegen zusammenarbeiten, der die oben beschriebenen internistisch/leistungsphysiologischen Bereiche abdeckt. Bitte nennen Sie dessen Namen, Adresse, Telefonnummer und E-Mail. _____ _____	<input type="checkbox"/>

1. Ich bin darüber informiert, dass externe Qualitätskontrollen stichprobenartig durchgeführt werden.
2. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Adresse, Telefon, Fax, Internet und E-Mail) im Internet veröffentlicht und anonymisiert zu statistischen Zwecken verarbeitet werden.
3. Ich verpflichte mich, eine Veränderung der angegebenen Kriterien unaufgefordert mitzuteilen.

Ich bin an der Zusendung des DGSP-Newsletters, der über Aktivitäten / Wissenswertes rund um die Sportmedizin bzw. die DGSP informiert, interessiert.

ja nein

Name der Ärztin/des Arztes

Praxis, Institut etc.

Mitglied im Landesverband

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Fax

Internetadresse der Praxis/des Instituts

E-Mail

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes