

# Antrag auf Erteilung einer „Sprunggenehmigung“ für Jugendliche gem. § 4 DBB-JSO

Dieser Antrag ist entweder per Post oder per E-Mail einzureichen beim:  
**Niedersächsischen Basketballverband e.V., Göttinger Chaussee 115, 30459 Hannover**  
E-Mail: [spielbetrieb@nbv-basketball.de](mailto:spielbetrieb@nbv-basketball.de)

**Das Einreichen des Teilnehmerscheines ist nicht mehr nötig!**

Bitte deutlich leserlich in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen !

## Verein:

|                                                               |                               |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Vereinsname:                                                  | Vereinsnummer:<br>0 . . . . . |
| Name eines Ansprechpartners und Telefonnummer für Rückfragen: | E-Mail:                       |

## Antrag für Spieler/in:

|                |                            |                       |
|----------------|----------------------------|-----------------------|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum:<br>. . . . . | Teilnehmerschein-Nr.: |
|----------------|----------------------------|-----------------------|

➔ Antrag für den Einsatz in den folgenden **Spiel- / Altersklassen:**

|                                                 |                                                   |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <u><b>Jugend:</b></u>                           | <u><b>Senioren:</b></u>                           |
| (Beispiel: LL-U20, BOL-U18, ... + Ordnungszahl) | (Beispiel: BOLD, LLH, 2.RLH ..... + Ordnungszahl) |

Wir nehmen zur Kenntnis, dass unser Vereinskonto mit einer Bearbeitungsgebühr von z.Zt. 25,-- € belastet wird. – Der Teilnehmerschein und ein ausreichend frankierter Rückumschlag liegen bei.

|             |                                       |
|-------------|---------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift und Stempel des Vereins: |
|-------------|---------------------------------------|

## Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Ich/ wir erklären uns damit einverstanden, dass mein/e / unser/e Sohn/Tochter in den durch den o.g. Verein beantragten o.a. Spiel-/Altersklassen eingesetzt wird.

|             |                                                              |
|-------------|--------------------------------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift mindestens einer/ eines Erziehungsberechtigten: |
|-------------|--------------------------------------------------------------|

## Sportärztliche Bescheinigung

Ich habe bei der/dem o.g. Spielerin/Spieler eine Untersuchung in Anlehnung an das Formblatt „Ärztliche Bescheinigung“ der Sportmedizinischen Abteilung der Universität Heidelberg durchgeführt und stelle fest, dass ärztlicherseits keine Bedenken bestehen, dass der/die o.g. Jugendliche in den o.g. vom Verein beantragten Spiel-/ Altersklassen eingesetzt wird.

|             |                                           |
|-------------|-------------------------------------------|
| Ort, Datum: | Unterschrift und Stempel des Sportarztes: |
|-------------|-------------------------------------------|

## Ärztliche Bescheinigung/ Formblatt

erstellt von Priv.-Doz. Dr. Michael Weiß, Sportmedizinische

Abteilung der Universitätsklinik Heidelberg

### Unbedenklichkeitserklärung hinsichtlich des Spielens in den beantragten Spiel- und Altersklassen (DBB-Jugendspielordnung § 14)

#### 1. Anamnese

|                                      | ja                       | nein                     |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| schwerwiegende allg. Vorerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| schwerwiegende Verletzungen          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorliegen chron. Erkrankungen        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vorliegen entzündl. Streuherde       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 2. Allgemeiner und internistischer Befund

|                                                                                      | ja                       | nein                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| guter Allgemeinzustand                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| guter Ernährungszustand                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| guter Kräftezustand                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ödeme, Cyanose                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopf und Hals o.B. (Sinnesorgane, Nasen-Rachenraum, Zähne, Lymphknoten, Schilddrüse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pathol. Herz-Töne und -Geräusche                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| auffallender Tastbefund der Bauchorgane/Nieren                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| abweichender neurologischer Status                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| abweichender Geäß-Status                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Orthostase-Prüfung .B.                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eninschränkung der Kreislauffunktion                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Puls und Blutdruck

Ruhe Puls: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_

nach 30 Kniebeugen (1Min.) Puls: \_\_\_\_\_ RR: \_\_\_\_\_

Ergebnis der EKG-Aufzeichnungen:

Ergebnis des Blutbildes:

BKS. \_\_\_\_\_ Hb \_\_\_\_\_

Ery. \_\_\_\_\_ Leuko \_\_\_\_\_

Ergebnis des Urinstatus:

Zucker \_\_\_\_\_ Eiweiß \_\_\_\_\_ Ketone \_\_\_\_\_

Blut \_\_\_\_\_ Nitrit \_\_\_\_\_

ggf. Urinsediment: \_\_\_\_\_

#### 3. Haltungs- und Bewegungsapparat

|                                | ja                       | nein                     |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wachstumsstörungen             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wirbelsäule (z.B. Scheuermann) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hüfte (z.B. M.Perthes)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knie (z.B. M.Schlatter)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstige \_\_\_\_\_

##### Normabweichende Befunde

|                                          |                          |                          |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Wirbelsäule (z.B. Skoliose, Rundr.)      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schulter (z.B. Distension, Subluxation)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ob. Extremität (z.B. Achselfehlstellung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hüfte (z.B. Dysplasie)                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Knie (z.B. Chondropathie, Pateiladyspl.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sprunggelenk (z.B. Bandapparat)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Füße (z.B. Knick-Spreiz-Senkfuß)         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

##### Beurteilung der/des

|                           | zart                     | normal                   | fest/kräftig             |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Knochenbaus               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Muskulatur                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bindegewebe/Gelenkführung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

##### Gelenkführung

|          | hypermobil               | locker                   |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| wo ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

##### allgemeine Belastbarkeit des Skeletts:

|      | Ja                       | Nein                     |
|------|--------------------------|--------------------------|
| gut: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

eingeschränkt wo: \_\_\_\_\_

|                                                                           | Ja                       | Nein                     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zusätzliche fachorthopädisch-sportmedizinische Begutachtung erforderlich: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zusätzliche fachinternistische Begutachtung erforderlich:                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Aufgrund der o.g. und sonstiger Befunde besteht:

|                                                                   | Ja                       | Nein                     |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| allgemeine Sporttauglichkeit:                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einsatzfähigkeit in höheren Altersklassen/<br>der Seniorenklasse: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel des Arztes

# DEUTSCHER BASKETBALL BUND E.V.

---

Zur Vorlage beim Landesverband gem. § 14 DBB-Jugendspielordnung  
„Unbedenklichkeitserklärung hinsichtlich des Spielers in den beantragten Spiel- und Altersklassen“

## Attest

Für

---

*Name, Vorname, Geburtsdatum*

---

*Anschrift*

besteht aufgrund der Befunde nach dem Formblatt „Ärztliche Bescheinigung“

|                                                                     | ja                       | nein                     |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| allgemeine Sporttauglichkeit:                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einsatzfähigkeit in höheren Alters- klassen/<br>der Seniorenklasse: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

*Ort, Datum*

*Unterschrift / Stempel des Arztes*