

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

Niedersächsischer  
Basketballverband e.V. 

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 Teilnehmerausweises 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>_____. _____. _____. _____ | Teilnehmerausweis-Nr.: |
|----------------|---|------------------------|

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

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

Wir nehmen zur Kenntnis, dass unser Vereinskonto mit einer Bearbeitungsgebühr von z.Zt. 25,- € belastet wird.

|             |                                       |
|-------------|---------------------------------------|
| 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: |
|-------------|---|

Bearbeitungsvermerke des NBV:

Antrag SprG 2015

# DEUTSCHER BASKETBALL BUND E.V.

## 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)<br>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.Urin sediment: \_\_\_\_\_

#### **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/  
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 Spielens 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:**

**Einsatzfähigkeit in höheren Alters- klassen/  
der Seniorenklasse:**

---

---

*Ort, Datum*

*Unterschrift / Stempel des Arztes*