

VERANTWORTUNGSERKLÄRUNG (dem Diabetologen/Dienst für Diabetologie auszuhändigen)

Der/die Unterfertigte/r.....

erklärt sich bereit, die Therapien und die Maßnahmen, die vom Facharzt

Dr.....

des Dienstes für Diabetologie.....

verschrieben wurden, zu befolgen, um eine bestmögliche diabetische Stoffwechsellage und Blutzuckerkontrolle zu gewährleisten

für meine/n Tochter/Sohn befolgen zu lassen.....

Datum.....

Unterschrift des Athleten (oder des Elternteils für Minderjährige).....

FACHÄRZTLICHES GUTACHTEN ZUR AUSSTELLUNG DER EIGNUNG FÜR DEN WETTKAMPFSPORT

Praktizierte Sportart _____

Es wird bescheinigt, daß Herr/Frau _____

geboren in _____ am ____ / ____ / ____ seit _____ an Diabetes Typ _____

leidet

Derzeitige THERAPIE:

- diätetisch
- orale Antidiabetika + Insulin
- orale Antidiabetika
- anderes
- Insulin

Medikamente angeben _____

- die schwere Hypoglykämien auslösen können
- die keine schweren Hypoglykämien auslösen können

HYPOGLYKÄMISCHE KRISEN IN DEN LETZTEN 12 MONATEN

Er/sie berichtet über hypoglykämische Krisen (die das Eingreifen einer anderen Person notwendig machten), die sich wiederholt haben (mindestens 2 Episoden) JA NEIN

KOMPLIKATIONEN Er/sie weist keine Komplikationen auf
 Er/sie weist folgende Komplikationen auf:

- | | | | | |
|--------------------------------|--|--|---|---------------------------------|
| Retinopathie | <input type="radio"/> nicht proliferierend | <input type="radio"/> proliferierend | <input type="radio"/> Makulaödem | <input type="radio"/> unbekannt |
| Neuropathie | <input type="radio"/> autonom | <input type="radio"/> sensomotorisch | <input type="radio"/> Einnahme spez. Medikamente | <input type="radio"/> unbekannt |
| Nephropathie | <input type="radio"/> Microalbuminurie | <input type="radio"/> Macroalbuminurie | <input type="radio"/> Chronische Niereninsuffizienz | <input type="radio"/> unbekannt |
| Kardiovaskuläre Komplikationen | <input type="radio"/> TIA / Ictus | <input type="radio"/> K.H.K | <input type="radio"/> schwere Angiopathie UE | <input type="radio"/> unbekannt |

Anderes _____

Beurteilung der Qualität der BLUTZUCKERKONTROLLE

Der/die Athlet/in (und die Eltern im Falle von Minderjährigen) ist imstande, eine optimale Selbstkontrolle und die entsprechende Therapie durchzuführen und ist über die erforderlichen Maßnahmen während sportlicher Aktivität aufgeklärt worden

Die derzeitige Blutzuckerkontrolle ist

- GUT (HbA1c < 7,5 %)
- AUSREICHEND (HbA1c 7,5-8,5 %)
- UNZUREICHEND (HbA1c > 8,5 %)

Letztes HbA1c _____

Anderes _____

Datum _____

Unterschrift des Facharztes _____

Unterschrift des Patienten (gelesen und ausgehändigt) _____