**Antrag zur Anerkennung als**

**„Lizenziertes Sportmedizinisches Untersuchungszentrum des DOSB“**

Zeitraum: 1. Januar 2017 bis 31. Dezember 2020

Name und Adresse der Institution

**A. Organisatorische Voraussetzungen**

1. Rechtsform der Institution

Wie ist die Rechtsform der Institution (Universitätsinstitut, privates Institut u. a.)?

2. Leitung

Wer leitet die Institution?

Welche Qualifikation(en) besitzt der (die) Leiter(in)?

3. Akademische Anbindung und wissenschaftliche Tätigkeit

In welcher Weise besteht Anbindung an eine wissenschaftliche oder klinische Einrichtung?

Werden Forschungsprojekte mit leistungssportlichem Bezug durchgeführt?

Ja [ ]  Nein [ ]

Werden wissenschaftliche Untersuchungen mit Bezug zu Doping im Sport\* durchgeführt? \*WADA Verbotsliste inkl. Monitoringliste sowie Entwicklung von Nachweisverfahren

Ja [ ]  Nein [ ]

4. Olympiastützpunkt

Besteht eine Kooperation mit einem Olympiastützpunkt?

Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn ja, mit welchem Olympiastützpunkt besteht eine Kooperation?

Wie ist die Kooperation mit dem Olympiastützpunkt geregelt?

In welcher Entfernung befindet sich der nächste Olympiastützpunkt?

     km

Welche Leistungen schließt die Kooperation mit dem Olympiastützpunkt ein?

5. Medizinisches Netzwerk

Welche Kooperationen bestehen mit anderen medizinischen Einrichtungen einschließlich niedergelassenen Ärzten? Bitte Namen, Adresse und die Art der Kooperation angeben (ggfs. Kooperationsvereinbarung beifügen).

Gynäkologie

Kardiologie

Orthopädie/Unfallchirurgie

HNO

Augenarzt

Listen Sie weitere regionale Kooperationspartner im Medizinischen Netzwerk auf? Bitte Namen, Adresse und die Art der Kooperation angeben. (z.B. Endokrinologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Zahnmedizin, Dermatologie, Neurologie, Onkologie)

Mit welcher physiotherapeutischen Einrichtung besteht eine Zusammenarbeit? Bitte Namen, Adresse und die Art der Kooperation angeben (ggfs. Kooperationsvereinbarung beifügen).

Werden die Laboruntersuchungen im eigenen oder in einem auswärtigen Labor durchgeführt?

eigenes Labor [ ]  auswärtiges Labor [ ]

ggf. Name und Anschrift des auswärtigen Labors

6. EDV

Wird die Abrechnung mit dem DOSB online durchgeführt?

Ja [ ]  Nein [ ]

Wenn „Nein“, bestehen die technischen Voraussetzungen, um die Onlineabrechnung des DOSB zu verwenden?

Ja [ ]  Nein [ ]

(technische Hinweise zu den Systemanforderungen können im Bedarfsfall beim DOSB erfragt werden)

**B. Personelle Voraussetzungen**

1. Wie viele Ärzte/innen sind in hauptberuflicher Funktion in der Institution sportmedizinisch tätig?

2. Welche Ärzte/innen (Namen) betreuen welchen Verband?

3. Wie viele andere akademische Mitarbeiter (z.B. Trainingswissenschaftler/innen) sind in der Institution tätig (bitte namentliche Nennung)?

4. Wer ist Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Sportmedizin oder kann auf eine mehrjährige schwerpunktmäßige Tätigkeit in der internistisch-leistungsphysiologischen Sportmedizin verweisen (bitte Angabe der Namen und Qualifikationen)?

5. Wer ist Facharzt/Fachärztin für Orthopädie oder kann auf eine mehrjährige schwerpunktmäßige Tätigkeit in der orthopädischen Sportmedizin verweisen (bitte Angabe der Namen und Qualifikationen)?

6. Wie viele MTA oder Arzthelfer/innen sind in der Institution tätig?

**C. Apparative Voraussetzungen**

Im Folgenden werden die apparativen Voraussetzungen der Einrichtung abgefragt. Bitte geben Sie immer Typ, Anzahl und Hersteller der Geräte an.

1. Messplatz für Ergometrie (z.B. Fahrradergometrie, Laufbandergometrie, etc.)

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

2. Messplatz für Spiroergometrie

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

3. EKG-Gerät

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

4. Echokardiographiegerät

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

5. Langzeit-EKG

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

6. Langzeit-Blutdruck-Messgerät

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

7. Sonographie

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

8. Standardisierte Kraftmessplätze

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

9. Ophthalmologische Diagnostik

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

10. Spezielle Geräte- und Messsysteme (z.B. Audiometrie o.ä.)

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

11. Gibt es eine eigene Röntgeneinrichtung oder Kooperation mit einer Institution, die alle notwendigen bildgebenden Untersuchungen durchführt?

Ja [ ]  Nein [ ]

Bei einer Kooperation: Wie heißt der Partner?

12. Gibt es Besonderheiten in der Laboreinrichtung (z.B. besondere Methoden)?

**D. Ausstattung für die Untersuchung von Athleten/innen mit Behinderung**

Im Folgenden werden Voraussetzungen abgefragt, die für Sportler/innen mit Behinderung eine Erleichterung bei der Durchführung der sportmedizinischen Grunduntersuchung darstellen. Diese Kriterien sind keine limitierenden Faktoren für die Lizenzierung einer Einrichtung, sie dienen den Sportler/innen als zusätzliche Information.

1. Barrierefreiheit

Befindet sich ein Behindertenparkplatz in unmittelbarer Nähe zum Eingangsbereich (optimal < 50 m)?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Ist die Einrichtung ohne Barrieren erreichbar? (z.B. Treppen)

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Ist der Untergrund befestigt und Rollstuhl gerecht?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Ist die Einrichtung mit elektronischen Türöffnern ausgestattet?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Ist die Einrichtung über Aufzüge erreichbar?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Ist die Einrichtung für Sehbehinderte mit Hilfe eines Leitsystems erreichbar?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Sind die Türen in der Einrichtung mindestens 95 cm breit?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Gibt es in der Einrichtung Rampen?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

< 6 % [ ]  max. 6 % Steigung [ ]

Gibt es in der Einrichtung einen breiten Eingangsbereich?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Sind die Gänge/Flure in der Einrichtung mindestens 1,30 m breit?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Verfügt die Einrichtung über behindertengerechte Sanitäranlagen (Duschen / Toiletten/ Umkleiden) mit Schiebetüren?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Besteht ein Wende-Radius für Rollstuhlfahrer von 1,50 m (Sanitäranlagen / Duschen / Umkleiden etc.)?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

Verfügt die Einrichtung über (elektronisch) höhenverstellbare Untersuchungs-/ Behandlungs-liegen?

Ja [ ]  Nein [ ]  in Planung [ ]

2. Apparative Voraussetzungen

Im Folgenden werden besondere Geräte- und Messsysteme der Einrichtung für den Behindertensport abgefragt. Bitte geben Sie immer Typ, Anzahl und Hersteller der Geräte an.

Liegendwaage für Sportler/innen mit Querschnittlähmung

Typ:

Anzahl:

CylHersteller:

Handkurbelergometer (ggfs. mit der Möglichkeit zur Rollstuhl-Ergometrie)

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

Breites Laufband mit Sicherungsvorrichtungen für Athlet und Rollstuhl

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

Cyclus 2 Ergometer für Handbikeergometrien

Typ:

Anzahl:

Hersteller:

Kann eine Spirometrie bei Bedarf am entsprechenden Messplatz genutzt werden?

Ja [ ]  Nein [ ]

**E. Sportmedizinische Leistungen**

1. Mit welchen Spitzenverbänden besteht eine regelmäßige Zusammenarbeit?

2. Welche ärztlichen Betreuungsmaßnahmen werden für einen Verband durchgeführt (z.B. 6 Wochen/Jahr Betreuung Trainingslager DLV; 20 Tage/Jahr Wettkampfbetreuung DSV)?

 Welche/r Arzt/Ärztin oder Trainingswissenschaftler/in führt diese Maßnahme durch?

3. Wie viele sportmedizinische Grunduntersuchungen (Bundeskader) wurden jeweils in den Jahren 2013/2014/2015 durchgeführt?

2013 2014 2015

4. Wie viele Gesundheitsuntersuchungen (Landeskader) wurden jeweils in den Jahren

2013/2014/2015 durchgeführt?

2013 2014 2015

5. Wie viele leistungsdiagnostische Untersuchungen (ohne Feldtests; unabhängig von der Kaderzugehörigkeit) wurden jeweils in den Jahren 2013/2014/2015 durchgeführt?

2013 2014 2015

6. Wie viele Feldtests (unabhängig von der Kaderzugehörigkeit) wurden jeweils in den Jahren

2013/2014/2015 durchgeführt?

2013 2014 2015

7. Wurden spezielle Ernährungsberatungen (Ernährungsprotokolle) jeweils in den Jahren

2013/2014/2015 durchgeführt?

2013 2014 2015

**F. Erklärung**

1. Der unterzeichnete Lizenzierungsvertrag liegt diesem Antrag bei.

Ja [ ]  Nein [ ]

2. Die unterzeichnete Ehren- und Verpflichtungserklärung des Leiters der Einrichtung liegt diesem Antrag bei.

Ja [ ]  Nein [ ]

Name und Funktion des Antragstellers:

Ort, Datum:

Unterschrift: