

Verletzungs-/Krankheitsstatistik DEU-Bundeskader

Bitte bei krankheits- oder verletzungsbedingtem Trainingsausfall ausfüllen und nach Wiederaufnahme des Trainings senden bzw. faxen an:

Dr. med. Stefan Pfrengle Im Palmengarten 29 67112 Mutterstadt Tel: 06234/3655 FAX: 06234/929757

Persönliche Daten: Bitte auf jeden Fall komplett ausfüllen

Name:	Vorname:	geb:	Alter:
Verein:	Landesverband:		Kader:
Trainer:			
<u>Momentane Trainingsbelastung</u>			
___ Stunden Eistraining / Woche	___ Stunden Konditionstraining / Woche		
___ Stunden Ballett / Woche	___ Trainingstage / Woche		
<u>Momentane Trainingsphase</u>			
<input type="checkbox"/> Sommertraining	<input type="checkbox"/> Vorbereitungsphase I	<input type="checkbox"/> Vorbereitungsphase II	<input type="checkbox"/> Wettkampfphase

Teil A: Nur Ausfüllen bei Vorliegen einer Erkrankung (Viruserkrankung, Infekt etc.)

<u>Symptome</u>			
Erste Krankheitszeichen sind aufgetreten am (Datum):			
Sie zeigten sich in Form von:			
Trainingsunterbrechung erfolgte am (Datum):			
<u>Diagnose:</u>			
Therapie:			
Wurde eine Infektionsprophylaxe durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Typ I	<input type="checkbox"/> Typ II
	<input type="checkbox"/> Nein		

Dann bitte weiter mit Teil C

Teil B: Nur Ausfüllen bei Vorliegen einer Verletzung

Verletzungsursache war (z.B. Unfallbeschreibung / drückender Schlittschuh etc.):

Unfalldatum:

Es handelt sich um:

- Trainingsunfall auf dem Eis Sportunfall bei trainingsbegleitenden Maßnahmen
 Schleichende Verletzung (z.B. Knochenhautentzündung) Privater Unfall (z.B. häuslicher Unfall)

Trainingsunterbrechung erfolgte am (Datum):

Diagnostik / Therapie

Erster Arztbesuch am (Datum):

Behandlung erfolgte durch Facharzt für:

Diagnose (bitte Bericht mitschicken):

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt (Befund bitte in Kopieform mitschicken)

- Röntgen Ultraschall Computertomographie Kernspintomographie

Sonstige:

Wurde durch die Verletzung ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig ? ja nein

Therapie

- Operation Gips Zinkleimverband Elast. Verband Salbenverband

Krankengymnastik

Sonstige (z.B. Ultraschall, Reizstrom, Massage, Fango etc):

Ist diese Verletzung erstmals aufgetreten ja nein

Wenn nein, wann trat sie erstmals auf (Datum):

Teil C: Bitte auf jeden Fall komplett ausfüllen

Wiederaufnahme des Athletiktrainings (Datum):

Wiederaufnahme des Eistrainings (Datum):

Wettkampfabgabe

Mußte wegen der Verletzung ein Wettkampf abgesagt werden ? ja nein

Wenn ja, welcher ?

Sonstiges:

Datum:

Unterschrift Trainer

Unterschrift des Läufers/der Läuferin
bzw. der Erziehungsberechtigten

Unterschrift Stützpunktleitung