**Diagnoseformular - klassifikation i pararidning**

Nedenstående formular udfyldes dels af atleten, dels af atletens læge, som bekræfter diagnose og funktionsnedsættelse.

Denne formular anvendes af Parasport Danmarks klassifikatører i pararidning og opbevares fortroligt i Parasport Danmarks NSDMS-system.

**Atleten udfylder nedenstående:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Navn |  | Efternavn |  |
| Køn | 🞏 Kvinde 🞏 Mand | Fødselsdag |  |
| Adresse |  | |  |
| Postnr. |  | By |  |
| Telefon |  | Mail |  |
| Klassifikation | 🞏 Jeg har ikke været klassificeret tidligere  🞏 Jeg har været klassificeret tidligere Årstal:  Grad: | | |
| Jeg bekræfter hermed, at ovenstående oplysninger er korrekte og samtykker til, at oplysningerne i dette dokument må anvendes til klassifikation og opbevares i Parasport Danmarks NSDMS-system. | | | |
| Underskrift |  | Dato |  |

**Atletens læge udfylder nedenstående:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Beskrivelse af diagnose/funktionsnedsættelse | | |
|  | | |
| Primære funktionsnedsættelser | | |
| 🞏 Nedsat muskelstyrke  🞏 Nedsat passiv bevægelighed  🞏 Dværgvækst (højde cm) | 🞏 Ataksi  🞏 Atetose  🞏 Hypertoni | 🞏 Benlængdeforskel cm  🞏 Amputation/arm-/bendefekt |
| Diagnosen/funktionsnedsættelsen er  🞏 Permanent 🞏 Stabil 🞏 Progressiv 🞏 Svingende | | |
| Atleten er diagnosticeret  Årstal: 🞏 Ved fødslen | | |
| Øvrige bemærkninger til diagnosen, medicin, operationer mv.: | | |
| Øvrige diagnoser/funktionsnedsættelser:  🞏 Synshandicap 🞏 Høretab 🞏 Smerte  🞏 Udviklingshandicap 🞏 Psykisk diagnose  🞏 Hypermobilitet/-instabilitet 🞏 Andet | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lægens navn |  | | |
| Speciale |  | | |
| Adresse |  | | |
| Postnr. |  | By |  |
| Telefon |  | Mail |  |
| Jeg bekræfter hermed, at ovenstående oplysninger er korrekte | | | |
| Underskrift |  | Dato |  |