

Medisinsk diagnose skjema for utøvere med bevegelsesnedsettelse i skyting.

For å bli klassifisert for paraskyting, må utøveren ha en medisinsk diagnose som resulterer i en permanent og godkjent nedsatt helsetilstand (se tilleggskjema til det medisinske skjema). Testing av primær funksjonsnedsettelse utført under klassifiseringen, må stemme overens med tilstanden angitt nedenfor.

Utfylte skjemaer blir lastet opp i en konfidensiell mappe, der ansvarlig for paraskyting i Norges Sportsskytterforbund, ansvarlig for klassifiseringer i Norges Idrettsforbund, klassifiserer, utøvere og eventuell foresatt har tilgang. Her blir all personlig informasjon lagret etter gjeldende GDPR-regler. Vi følger oss Norges Idrettsforbunds praksis ved at klassifiseringspapirene vil være tilgjengelige så lenge utøver er aktiv.

Skjemaet skal fylles ut av utøverens lege, og utøveren laster opp skjema i tildelt mappe 10 dager før klassifiseringen. Skjemaet tas også med klassifiseringen, og skal ikke være eldre enn 6 måneder.

Utøverinformasjon:

Fornavn	
Etternavn	
Kjønn	☐ Kvinne ☐ Mann
Fødselsdato	

Medisinsk informasjon:

Utøverens medisinske diagnose (helsetilstand):			
Beskrivelse av kroppsdel som påvirkes grunnet diagnose:			
Primær funksjonsnedsettelse som følge av medisinsk diagnose (helsetilstand) for rifle og pistol:			
☐ Nedsatt muskelkraft	☐ Manglende kroppsdel eller misdannelse		
☐ Nedsatt passiv bevegelsesutslag	☐ Hypertoni		
☐ Ateose	☐ Ataksi		
Primær funksjonsnedsettelse som følge av medisinsk diagnose (helsetilstand) for lerdue:			
☐ Nedsatt muskelkraft	☐ Manglende kroppsdel eller misdannelse		
☐ Nedsatt passiv bevegelsesutslag	☐ Benlengdeforskjell		
Den medisinske tilstanden er:			
☐ Permanent	☐ Stabil	☐ Progressiv	☐ Svingende
Sykdomsdebut:		☐ Medfødt	
(åååå)			

Tilleggsopplysninger fra spesialist, fysioterapeut, eller andre relevante undersøkelser/helsepersonell:												
Kort beskrivelse av behandlingshistorien til gjeldende diagnose:												
Relevant medisin – med dosering og grunn til medisinerings:												
Tilleggsdiagnoser av medisinsk tilstand/diagnose: (Ikke relevant for utfallet av klassifiseringen) <table><tr><td>☐ Nedsatt syn</td><td>☐ Nedsatt metabolske funksjoner</td></tr><tr><td>☐ Hørselsnedsettelse</td><td>☐ Nedsatt luftveisfunksjon</td></tr><tr><td>☐ Psykologiske diagnoser</td><td>☐ Smerte</td></tr><tr><td>☐ Kognitiv nedsettelse</td><td>☐ Nedsatt kardiovaskulære funksjoner</td></tr><tr><td>☐ Hypermobilitet</td><td>☐ Nedsatt muskelutholdenhet</td></tr><tr><td colspan="2">☐ Annet: _____</td></tr></table>	☐ Nedsatt syn	☐ Nedsatt metabolske funksjoner	☐ Hørselsnedsettelse	☐ Nedsatt luftveisfunksjon	☐ Psykologiske diagnoser	☐ Smerte	☐ Kognitiv nedsettelse	☐ Nedsatt kardiovaskulære funksjoner	☐ Hypermobilitet	☐ Nedsatt muskelutholdenhet	☐ Annet: _____	
☐ Nedsatt syn	☐ Nedsatt metabolske funksjoner											
☐ Hørselsnedsettelse	☐ Nedsatt luftveisfunksjon											
☐ Psykologiske diagnoser	☐ Smerte											
☐ Kognitiv nedsettelse	☐ Nedsatt kardiovaskulære funksjoner											
☐ Hypermobilitet	☐ Nedsatt muskelutholdenhet											
☐ Annet: _____												
Beskrivelse:												

☐ Jeg bekrefter at informasjon nedenunder er korrekt	
Legens navn:	
Medisinsk spesialitet:	
Adresse:	
By:	Nasjonalitet:
Telefon:	E-post:
Signatur:	Dato: