

## **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 tilleggsdokument 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, klassifisører, 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	<input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/> Mann
Fødselsdato	

**Medisinsk informasjon:**

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

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

<input type="checkbox"/> <b>Jeg bekrefter at informasjon nedenunder er korrekt</b>	
Legens navn:	
Medisinsk spesialitet:	
Adresse:	
By:	Nasjonalitet:
Telefon:	E-post:
Signatur:	Dato: