

Bewerbungsbogen als Sportmedizinische Untersuchungs- und Beratungsstelle des BLSV und des BSÄV

Bereiche	Kriterien	ja
Mitgliedschaft	Ich bin Mitglied des BSÄV e. V.	<input type="checkbox"/>
Kontaktdaten	Name: _____ Adresse: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____	
Qualifikation	Ich bin Facharzt für und im Besitz der Zusatzbezeichnung Sportmedizin seit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Berufsausübung	Ich habe eine Kassen- oder rein privatärztliche Niederlassung Ich arbeite in einer Klinik (mit sportmedizinischer Ambulanz - <input type="checkbox"/>) Ich arbeite in einer universitären Einrichtung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Spezielle Berufserfahrung	Ich habe mindestens 2-jährige Erfahrungen in der Behandlung und Betreuung von ff. Sportlern:	<input type="checkbox"/>
Schwerpunkte und Untersuchungszahlen	Tätigkeit mit folgenden Schwerpunkten <ul style="list-style-type: none"> • internistisch • orthopädisch • internistisch + orthopädisch Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchungen pro Jahr ca.: Mindestens 100 durchgeführte und dokumentierte Belastungs-EKGs pro Jahr Laktat-Leistungsdiagnostik pro Jahr, ca.: Spiroergometrien pro Jahr, ca.: Sportorthopädische Untersuchungen pro Jahr ca.:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kooperationen	Falls internistische oder orthopädische Tätigkeitsbereiche nicht eigens abgedeckt werden, kooperiere ich mit folgenden Kollegen im BSÄV:	
Fortbildungen	Ich nehme regelmäßig an sportmedizinischen Fortbildungen teil.	<input type="checkbox"/>
Standards	Ich richte mich nach der S1-Leitlinie „Vorsorgeuntersuchungen im Sport“ der DGSP http://www.dgsp.de/seite/278046/antragsformular.html (s. S1-Leitlinie + Anlagen)	<input type="checkbox"/>
Ergometrie	Ich führe die Ergometrie nach den Empfehlungen der DGSP durch http://www.dgsp.de/seite/278046/antragsformular.html (s. S1-Leitlinie + Anlagen)	<input type="checkbox"/>
Geräte	Zur Untersuchung verwende ich ein mindestens 3-Kanal-EKG-Gerät und ein regelmäßig kalibriertes Fahrradergometer oder Laufband (ggf. in Kooperation) und Blutdruckmessgerät sowie die Borg-Skala. Außerdem halte ich einen Notfallkoffer und Defibrillator bereit.	<input type="checkbox"/>
Laktat-Leistungsdiagnostik	Ich besitze das Zertifikat Sportmedizinische Laktat-Leistungsdiagnostik der DGSP (anderenfalls muss der Kooperationspartner das Zertifikat besitzen)	<input type="checkbox"/>
Beurteilung	Der/die Untersuchte erhält eine schriftliche Mitteilung mit der Bewertung seines Gesundheitszustandes und seiner Belastbarkeit, Empfehlungen für das Ausdauertraining und das Training seines Bewegungsapparats.	<input type="checkbox"/>
ggf. zusätzliche Untersuchungsangebote	Ultraschall, Echokardiographie, Ganganalyse, US-WS-Vermessung, Körperfettanalyse, Bestimmung des biologischen Alters u.ä. (bitte aufführen)	

Weitere Hinweise:

1. Ich bin darüber informiert, dass externe Qualitätskontrollen stichprobenartig durchgeführt werden.
2. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten (Name, Adresse, Telefon, Fax, Internet und E-Mail) im Internet veröffentlicht und anonymisiert zu statistischen Zwecken verarbeitet werden.
3. Ich verpflichte mich, eine Veränderung der angegebenen Kriterien unaufgefordert dem BSÄV mitzuteilen.
4. Ich habe die Konzeption der Sportmedizinischen Beratungs- und Untersuchungsstellen des BLSV und des BSÄV zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.
5. Bei Rahmenverträgen wie u.a. mit dem BLSV verpflichte ich mich zur Einhaltung der dort getroffenen Vereinbarungen wie Dokumentation und Abrechnung. Hierzu gehen gesonderte Informationen zu.
6. Ich bin damit einverstanden, dass ich dem BSÄV die jährlichen Untersuchungszahlen sowie meine personellen Ressourcen und Qualifikationen und apparative Ausstattung mitteile.
7. Für die Zertifizierung wird eine Gebühr von 200,- Euro seitens des BSÄV erhoben. Darin beinhaltet sind die Übergabe einer Urkunde, eines einheitlichen Schildes sowie die Aufnahme in die Datenbank der Homepage des BSÄV.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Der Antrag kann per Fax (089-183596), per Mail (info@bsaev.de) oder per Post an die Geschäftsstelle des BSÄV gesendet werden.

Bayerischer Sportärzteverband
Georg-Brauchle-Ring 93

80992 München