



**Augenärztlicher Untersuchungsbogen
zum Antrag auf Klassifizierung
für Para Sportschießen**

nach Teil 10 der Sportordnung (SpO) des Deutschen Schützenbundes e.V. (DSB)

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Verbandsnr: _____

Alle blinden oder sehbehinderten Schützen*innen müssen klassifiziert werden!

SH3 / AB3-Schützen*innen: Sehschärfe nicht mehr als 01 (6/60) mit bester Einstellung/Anpassung und/oder Sehfeldbeeinträchtigung mit weniger als 20 Grad.

Um eine Gleichbehandlung aller Wettkampfteilnehmer zu erreichen ist eine Augenabdeckung vorgeschrieben.

Untersuchungsbefund Sehschärfe:

| | ohne Korrektur | mit Brille | mit Kontaktlinsen |
|----|----------------|------------|-------------------|
| RA | | | |
| LA | | | |

Diagnose:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes