

Alle Anreden mit männlicher Form gelten für die weiblichen Sportler in gleicher Wirkung.

Augenärztlicher Untersuchungsbogen

Alle blinden oder sehbehinderten Schützen müssen klassifiziert werden.

SH3 / AB3 – Schützen_ Sehschärfe nicht mehr als 01 (6/60) mit bester Eisntellung/Anpassung und/oder Sehfeldbeeinträchtigung mit weniger als 20 Grad.

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

Nachname: Vorname:

Geburtsdatum: Mitgliedsnr.:
tt.mm.jjjj k k - v v v - x x x x

Adressdaten:
Straße und Hausnummer PLZ und Wohnort

Vereinsname (Stammverein):

Disziplin: **Gewehr** **Bogen**

UNTERSUCHUNGSBEFUND

Sehschärfe

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

Diagnose:

| | |
|--------------------------------------|------------------------|
| Ort, Untersuchungsdatum (dd.mm.jjjj) | Stempel / Unterschrift |
|--------------------------------------|------------------------|

