

## Augenärztliche Bescheinigung

zur Vorlage beim zuständigen Augenarzt des

**Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) e.V.**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Landesverband:</b>
<b>Bisherige Startklasse:</b>	<b>Verein:</b>
<b>Sportart(en):</b>	

<b>Sehleistung ohne Korrektur:</b>	<b>rechts:</b>
	<b>links:</b>
<b>Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur:</b>	<b>rechts:</b>
Lichtschein ? Erkennen der Form einer Hand in jeglicher Entfernung und Richtung, also auch Fingerzählen in allernächstem Abstand ?	<b>links:</b>
<b>Refraktion:</b>	<b>rechts:</b>
	<b>links:</b>
<b>Gesichtsfeldeinschränkung in Grad:</b>	<b>rechts:</b>
	<b>links:</b>
<b>Kontaktlinsenträger:</b>	<b>ja / nein</b>
<b>Sehschärfe mit Kontaktlinse:</b>	<b>rechts:</b>
	<b>links:</b>
<b>Augenärztliche Diagnose(n):</b>	
<b>Einschränkung der Sportfähigkeit aus augenärztlicher Sicht:</b>	
<b>Ort.../Untersuchung vom...</b>	<b>Stempel / Unterschrift</b>