

Erklärung der Sportlerin / des Sportlers zur Epilepsie

Name, Vorname	
Geburtstag	
Straße	
Ort	
DSB-Verein	
Schützenpass-Nr	

Bitte entsprechend ankreuzen

<input type="checkbox"/>	Hiermit erkläre ich, dass ich nicht an Epilepsie leide.
<input type="checkbox"/>	Hiermit erkläre ich, dass ich an Epilepsie leide, aber dass ich in den letzten 12 Monaten keine Anfälle erlitten habe.

Ort	
Datum	
Unterschrift Athleth/in	
Name und Unterschrift DSB-Beauftragten	

Schweigepflichtsentbindung

Name, Vorname	
Geburtstag	
Straße	
Ort	
DSB-Verein	
Schützenpass-Nr	

Hiermit entbinde ich die Klassifiziererin, den Klassifizierer des DSB

Herrn / Frau

von ihrer /seiner medizinischen Schweigepflicht, sofern die medizinischen Informationen nötig sind, um der Sportlerin / dem Sportler die Ausübung ihres / seines Schießsports zu ermöglichen.

Ort	
Datum	
Unterschrift Sportlerin / Sportler	
Name und Unterschrift Klassifiziererin / Klassifizierer	

Deutscher Schützenbund

FUNKTIONELLE KLASSIFIZIERUNG



DEUTSCHER SCHÜTZENBUND E.V.

Name, Vorname	
Geburtstag	
Straße	
Ort	
DSB-Verein	
Schützenpass-Nr	
Geschlecht	

Kommentar:

Ort der Klassifizierung

Datum, Zeit

Name und Unterschrift der/s nationalen Klassifizierers

Dr. Hans Brunner (Nr. 103)

Unterschrift Athleth/in

KLASSIFIZIERUNG GÜLTIG

VON:

BIS:

20

PROTEST

Datum:

Zeit:

Name des autorisierten Klassifizierers

Entscheidung der Protest-Jury

Vorsitzender

Athlet

NATIONALE KLASSIFIZIERUNG

P

PR

R

Nur für interne Zwecke

PISTOLE

Gewehr

SH1A

SH1A

SH2Aa

SH1B

SH1B

SH2Ba

SH1C

SH1C

SH2Ca

AB1

AB1

SH2Ab

SH2Bb

SH3

SH2Cb

AB2



RÜCKENLEHNE / HOCKERHÖHE / SCHLINGE

Freiraum über Rückenlehne

cm

Hockerhöhe

cm

Federbock

Schlinge

BEMERKUNGEN

Kompensations-
block

J N

Ladehilfe

J N

Epilepsie

Externer Abzug

BEHINDERUNG

TETRA

AMPUTATION

PARA

LES AUTRES

POLIO

CEREBRALPARESE

SPINA BIFIDA

SONSTIGE

Höhe/Beschreibung

SCHIESSHAND


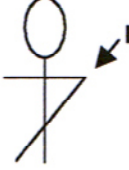
Rechts Links

RÜCKEN BESCHREIBUNG

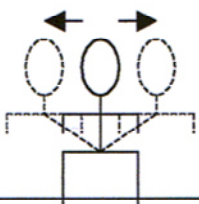
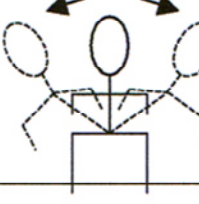
Skoliose

Fixierung

OBERE EXTREMITÄTEN		Muskelkraft		Bewegungsausmaß	
		Rechts	Links	Rechts	Links
Schulter	Flexion 0-90				
	Extension 0-20				
	Abduktion 90-0				
	Adduktion 90 - 0				
	Horiz. Add. 0-120				
	Endorotation 0-90				
	Exorotation 0-90				
Ellbogen	Flexion 0-120				
	Extension 120-0				
Unterarm	Supination				
	Pronation				
Handgelenk	Dorsalflexion				
	Volarflexion				
Finger (2-5) (MCP)	Flexion				
	Extension				
Daumen	Opposition				
	Extension				
Total 85/170					

RUMPF	Funktionell (+) Nicht funktionell (-)
Bauchmuskeln 	
Rückenstrecker 	

UNTERE EXTREMITÄTEN		Muskelkraft		Bewegungsausmaß	
		Rechts	Links	Rechts	Links
Hüfte	Flexion 90-110				
	Extension 0-10				
	Abduktion 0-20				
	Adduktion				
Knie	Flexion 0-90				
	Extension 0-10				
Sprunggelenk	Dorsalflexion 0-30				
	Plantarflex. 0-50				
	Inversion 0-50				
	Eversion 0-30				
Total 50/100					

FUNKTIONELLE TESTS		+/-
Test 1: Seitneigung mit Schultern in horizontaler Position (M. Quad. lumb.)		
Test 2: Seitneigung		
Test 3: in Schießposition mit gesamter Ausrüstung	J N <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Medikamente
