Rheinischer Schützenbund e.V. 1872
Am Förstchens Busch 2B – 42799 Leichlingen

Formular drucken

Tel: (02175) 1692 – 0
Fax: (02175) 1692 – 29
E-Mail: info@rsb2020.de

Antrag auf Klassifizierung für Para Sportschießen

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

Hiermit beantrage ich

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Verbandsnr: _____

Anschrift: _____

E-Mail-Adresse: _____ Telefonnr.: _____

Verein: _____

gemäß der Klassifizierungsordnung (Kugelbereich) und der SpO des DSB

☐ die erstmalige Klassifizierung ☐ für einen Hocker ☐ für einen Federbock

☐ die erneute Klassifizierung **(der bisherige Hilfsmittelnachweis ist im Original beizufügen!)**.

Diesem Antrag liegt bei:

- der letzte aktuelle medizinische Befund **(nicht älter als 3 Monate!)**
- Augenärztlicher Untersuchungsbogen **(nur für blinde oder sehbehinderte Schützen*innen)**
- Einverständniserklärung zur Klassifizierung
- Schweigepflichtsentbindung
- Epilepsieerklärung
- Klassifizierungsbogen

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Schützen/der Schützin

Für den Verein _____ _____
Ort, Datum Unterschrift

Vereinsstempel

Feld für Eintragungen durch den Klassifizierer/die Klassifiziererin des Rheinischen Schützenbundes e.V. 1872
(bitte ggf. auch die Dauer der Nutzung des Hilfsmittels angeben)

_____
Unterschrift des Klassifizierers/der Klassifiziererin

Rheinischer Schützenbund e.V. 1872
Am Förstchens Busch 2B – 42799 Leichlingen

Tel: (02175) 1692 – 0
Fax: (02175) 1692 – 29
E-Mail: info@rsb2020.de

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

Rheinischer Schützenbund e.V. 1872
Am Förstchens Busch 2B – 42799 Leichlingen

Tel: (02175) 1692 – 0
Fax: (02175) 1692 – 29
E-Mail: info@rsb2020.de

Einverständniserklärung
zum Antrag auf Klassifizierung
für Para Sportschießen

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

Hiermit erkläre ich

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Verbandsnr: _____

1. mein Einverständnis, mich nach der Klassifizierungsordnung (Kugelbereich) des Deutschen Schützenbundes e.V. (DSB) vom zuständigen Klassifizierungsteam klassifizieren zu lassen. Ich bestätige gleichzeitig, dass es mein Gesundheitszustand erlaubt, an der Klassifizierung teilzunehmen.

2. Den Anweisungen der Klassifizierer werde ich Folge leisten. Ich erkenne meine Verpflichtung an, dem Klassifizierungsteam alle Dokumente, die für die Klassifizierung notwendig sind, insbesondere medizinische Dokumente, zu Beginn der Klassifizierung vorzulegen. Geschieht dies nicht, wird die Klassifizierung als nicht durchführbar beendet. Kosten und Aufwand der nicht durchführbaren Klassifizierung gehen dann zu meinen Lasten. Mir ist bewusst, dass ich im Falle einer nicht durchgeführten Klassifizierung nicht an den Wettbewerben des DSB teilnehmen kann.

3. Mir ist bewusst, dass eine Falschdarstellung meiner Fähigkeiten, Fertigkeiten und / oder meines Behinderungsgrades als sportlicher Betrugsversuch gewertet werden und daher zu disziplinarischen Maßnahmen führen kann.

4. Falls ich mit dem Ergebnis der Klassifizierung nicht einverstanden sein sollte, werde ich mich an den in der Klassifizierungsordnung des DSB beschriebenen Widerspruchsweg halten.

5. Ich bin damit einverstanden, dass alle im Zusammenhang mit der Klassifizierung anfallenden Daten erfasst und beim RSB/DSB gespeichert werden dürfen. Des Weiteren erhalten die betroffenen Untergliederungen des RSB Kenntnis von diesen Daten, soweit sie für die Durchführung der Meisterschaften und Ligawettkämpfe notwendig sind.

6. Ich bin damit einverstanden, dass ausschließlich der DSB und die hierfür vom DSB autorisierten Personen meine medizinischen Daten und Unterlagen für verbandsinterne Zwecke speichern darf. Medizinischen Daten und Unterlagen werden nicht an nicht mit der Klassifizierung befasste oder beauftragte Personen oder Institutionen außerhalb des DSB weitergegeben.

7. Zu klassifizierende Minderjährige bedürfen für diese Erklärung die ausdrückliche Zustimmung der Erziehungsberechtigten. Diese Zustimmung wird durch Unterschrift zum Ausdruck gebracht.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Schützen/der Schützin

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift der Erziehungsberechtigen

8. Die Datenerhebung und Unterlagensammlung erfolgen durch:

Name des Klassifizierers / der Klassifiziererin: Sylvia Torba

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Klassifizierers/der Klassifiziererin

Rheinischer Schützenbund e.V. 1872
Am Förstchens Busch 2B – 42799 Leichlingen

Tel: (02175) 1692 – 0
Fax: (02175) 1692 – 29
E-Mail: info@rsb2020.de

Schweigepflichtsentbindung
zum Antrag auf Klassifizierung
für Para Sportschießen

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

Hiermit entbinde ich

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Verbandsnr: _____

den Klassifizierer / die Klassifiziererin des Rheinischen Schützenbundes e.V. 1872 (RSB)

Herrn / Frau: Sylvia Torba

von seiner/ihrer medizinischen Schweigepflicht, sofern die medizinischen Informationen nötig sind, um dem Schützen/der Schützin die Ausübung seines/ihres Schießsportes zu ermöglichen.

Des Weiteren entbinde ich meinen behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber dem/der o.a. Klassifizierer / Klassifiziererin des RSB und erkläre mich damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt die vom o.a. Klassifizierer / Klassifiziererin im Rahmen meiner Klassifizierung benötigten Auskünfte erteilt.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Schützen/der Schützin

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Klassifizierers/der Klassifiziererin

Rheinischer Schützenbund e.V. 1872
Am Förstchens Busch 2B – 42799 Leichlingen

Tel: (02175) 1692 – 0
Fax: (02175) 1692 – 29
E-Mail: info@rsb2020.de

Epilepsieerklärung
zum Antrag auf Klassifizierung
für Para Sportschießen

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

Hiermit erkläre ich

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Verbandsnr: _____

☐ dass ich nicht an Epilepsie leide

☐ dass ich an Epilepsie leide, aber dass ich in den letzten 12 Monaten keine Anfälle erlitten habe

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Schützen/der Schützin

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Klassifizierers/der Klassifiziererin

Deutscher Schützenbund

FUNKTIONELLE KLASSIFIZIERUNG

DEUTSCHER SCHÜTZENBUND E.V.

Name, Vorname	
Geburtstag	
Straße	
Ort	
E-Mail-Adresse	
Verein	
Schützenausweis	
Geschlecht	bitte Geschlecht auswählen

Kommentar:

Ort der Klassifizierung	
Datum, Zeit	
Name und Unterschrift der/s nationalen Klassifzierers	
Sylvia Torba	Klassifizierer-ID:
Unterschrift Athleth/in	
KLASSIFIZIERUNG GÜLTIG VON:	**BIS:**
20	

PROTEST

Datum:	Zeit:
Name des authorisierten Klassifzierers	
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

	J	N		J	N
Kompensations-block	☐	☐	Ladehilfe	☐	☐
Epilepsie	☐	☐	Externer Abzug	☐	☐

BEHINDERUNG GdB: %

Lähmungen	☐	Amputation	☐
Gelenkeinschr.	☐	Ataxie	☐
Athetose	☐	Spastik	☐
Keine	☐	Sonstige	☐

Höhe/Beschreibung

SCHIESSHAND			
Rechts	☐	Links	☐

OBERE EXTREMITÄTEN		Muskel-kraft		Bewegungs-ausmaß	
		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					

UNTERE EXTREMITÄTEN		Muskel-kraft		Bewegungs-ausmaß	
		Rechts	Links	Rechts	Links
Hüfte	Flexion 90-110				
	Extension 0-10				
	Abduktion 0-20				
	Adduktion				
Knie	Flexion 0-90				
	Extension 0-10				
Sprung-gelenk	Dorsalflexion 0-30				
	Plantarflex. 0-50				
	Inversion 0-50				
	Eversion 0-30				
Total 50/100					

RÜCKEN BESCHREIBUNG	
Skoliose	☐
Fixierung	☐

RUMPF	
Test1: Vorwärtslehnen	☐ + ☐ ± ☐ -
Test2: Zurücklehnen	☐ + ☐ ± ☐ -
Test3: Nach außen lehnen	☐ + ☐ ± ☐ -
Test4: zu Seiten neigen	☐ + ☐ ± ☐ -
Test5: Rotation	☐ + ☐ ± ☐ -
A: ☐	+ in allen 5 Tests
B: ☐	mind 1x ± oder max 3 –
C: ☐	- in mind. 4 Tests

Medikamente

Weitere Informationen