**Augenärztliche Bescheinigung**

zur Vorlage beim zuständigen Augenarzt des

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

**Name: Vorname:

Geburtsdatum: Landesverband:

Bisherige Startklasse: Verein:**

**Sportart(en):**

**Sehleistung ohne Korrektur:** **rechts:**

 **links:**

**Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur:** **rechts:**

Lichtschein ? Erkennen der Form einer Hand
in jeglicher Entfernung und Richtung, also **links:**
auch Fingerzählen in allernächstem Abstand ?

**Refraktion:**  **rechts:**

 **links:**

**Gesichtsfeldeinschränkung in Grad: rechts:**

 **links:**

**Kontaktlinsenträger:** **ja / nein**

**Sehschärfe mit Kontaktlinse:** **rechts:**

 **links:**

**Augenärztliche Diagnose(n):**

**Einschränkung der Sportfähigkeit aus augenärztlicher Sicht:**

 **Ort…/Untersuchung vom… Stempel / Unterschrift**