**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**