Augenärztliche Bescheinigung

zur Vorlage beim zuständigen Augenarzt des

Deutschen Behindertenspportverbandes (DBS) e.V.

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum: **Landesverband:**

Bisherige Schadensklasse: **Verein:**

Sportart:

Sehleistung ohne Korrektur: **Rechts:**

Links:

Sehschärfe mit bestmöglicher Korrektur: **Rechts:**
Lichtschein ? Erkennen der Form einer Hand
in jeglicher Entfernung und Richtung, also
auch Fingerzählen in allernächstem Abstand ? **Links:**

Gesichtsfeldeinschränkung in Grad: **Rechts:**

Links:

Kontaktlinsenträger: **Ja / Nein**

Sehschärfe mit Kontaktlinse: **Rechts:**

Links:

Augenärztliche Diagnose:

Einschränkung der Sportfähigkeit aus augenärztlicher Sicht:

Ort / Datum **Stempel / Unterschrift**