

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	

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	

Einverständniserklärung

zur nationalen Klassifizierung

1.: Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, mich nach der Klassifizierungsordnung des 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 der DSB meine personenbezogenen Daten für verbandsinterne Zwecke speichern, verarbeiten und meinen Namen, meine Staatsangehörigkeit, meine Sportklasse und meinen Sportklassenstatus veröffentlichen und an Dritte, wie z. B. Wettbewerbsorganisationen, weitergeben darf.

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.

8.: Die Datenerhebung und Unterlagensammlung erfolgt durch:

Name des ersten Klassifizierers; Name des zweiten Klassifizierers

.....

Angaben zum zu Klassifizierenden

Ort, Datum Name des zu Klassifizierenden in Druckbuchstaben und als Unterschrift

bei Minderjährigen Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten



Augenärztlicher Untersuchungsbogen

Alle blinden oder sehbehinderten Schützen müssen klassifiziert werden.

SH3 / AB3-Schützen: Sehschärfe nicht mehr als 01 (6/60) mit bester Einstellung/Anpassung und/oder Sehfeldbeeinträchtigung mit weniger als 20 Grad

Um eine Gleichstellung aller Wettkampfteilnehmer zu erreichen ist eine Augenabdeckung vorgeschrieben.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Gewehr Bogen

UNTERSUCHUNGSBEFUND

Sehschärfe

	ohne Korrektur	mit Brille	mit Kontaktlinsen
RA			
LA			

Diagnose:

Ort / Untersuchungsdatum

Stempel / Unterschrift