

Deutscher Schützenbund

FUNKTIONELLE KLASSIFIZIERUNG



Name, Vorname	
Geburtstag	
Straße	
Ort	
DSB-Verein	
Schützenpass-Nr	
Geschlecht	

Kommentar:

Ort der Klassifizierung

Datum, Zeit

Name und Unterschrift der/s nationalen Klassifizierers

Dr. Hans Brunner (Nr. 103)

Unterschrift Athleth/in

KLASSIFIZIERUNG GÜLTIG
VON: **BIS:**

20

PROTEST

Datum: Zeit:

Name des autorisierten Klassifizierers

Entscheidung der Protest-Jury

.....

Vorsitzender Athlet

NATIONALE KLASSIFIZIERUNG

P PR R

Nur für interne Zwecke

PISTOLE <input type="checkbox"/>	Gewehr <input type="checkbox"/>	
SH1A <input type="checkbox"/>	SH1A <input type="checkbox"/>	SH2Aa <input type="checkbox"/>
SH1B <input type="checkbox"/>	SH1B <input type="checkbox"/>	SH2Ba <input type="checkbox"/>
SH1C <input type="checkbox"/>	SH1C <input type="checkbox"/>	SH2Ca <input type="checkbox"/>
AB1 <input type="checkbox"/>	AB1 <input type="checkbox"/>	SH2Ab <input type="checkbox"/>
		SH2Bb <input type="checkbox"/>
	SH3 <input type="checkbox"/>	SH2Cb <input type="checkbox"/>
		AB2 <input type="checkbox"/>



RÜCKENLEHNE / HOCKERHÖHE / SCHLINGE

Freiraum über Rückenlehne cm

Hockerhöhe cm

Federbock Schlinge

BEMERKUNGEN

	J	N		J	N
Kompensationsblock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ladehilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Externer Abzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	--------------------------

BEHINDERUNG

TETRA AMPUTATION

PARA LES AUTRES

POLIO CEREBRALPARESE

SPINA BIFIDA SONSTIGE

Höhe/Beschreibung


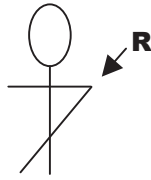
.....

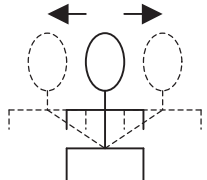
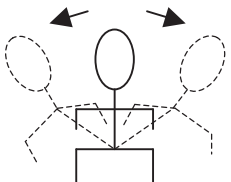
SCHIESSHAND	
Rechts <input type="checkbox"/>	Links <input type="checkbox"/>

OBERE EXTREMITÄTEN		Muskelkraft		Bewegungsausmaß	
		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		Muskelkraft		Bewegungsausmaß	
		Rechts	Links	Rechts	Links
Hüfte	Flexion 90-110				
	Extension 0-10				
	Abduktion 0-20				
	Adduktion				
Knie	Flexion 0-90				
	Extension 0-10				
Sprunggelenk	Dorsalflexion 0-30				
	Plantarflex. 0-50				
	Inversion 0-50				
	Eversion 0-30				
Total 50/100					

RÜCKEN BESCHREIBUNG
Skoliose <input type="checkbox"/>
Fixierung <input type="checkbox"/>

RUMPF	Funktionell (+) Nicht funktionell (-)
Bauchmuskeln 	
Rückenstrecker 	

FUNKTIONELLE TESTS		+/-				
Test 1: Seitneigung mit Schultern in horizontaler Position (M. Quad. lumb.)						
Test 2: Seitneigung						
Test 3: in Schießposition mit gesamter Ausrüstung	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">J</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">N</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	J	N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
J	N					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Medikamente

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	