

# 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

|                    |                          |                          |           |                          |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
|                    | <b>J</b>                 | <b>N</b>                 |           | <b>J</b>                 | <b>N</b>                 |
| 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

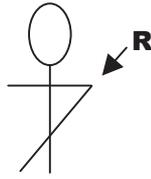
#### Höhe/Beschreibung

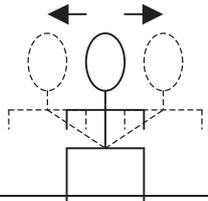
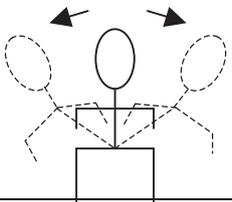
.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

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

| RÜCKEN BESCHREIBUNG                |
|------------------------------------|
| Skoliose <input type="checkbox"/>  |
| Fixierung <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         |             |       |                 |       |
| <b>Total 85/170</b> |                   |             |       |                 |       |

| RUMPF   | Funktionell (+)<br>Nicht funktionell (-) |
|---|--|
| Bauchmuskeln<br>   |  |
| Rückenstrecker<br> |  |

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

**Medikamente**

---



---



---



---



---



---

| 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      |             |       |                 |       |
| <b>Total 50/100</b> |                    |             |       |                 |       |

## 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 |  |
|  |  |