



Deutscher Behindertensportverband e.V.  
National Paralympic Committee Germany

## Augenärztlicher Untersuchungsbogen für den Blindensport im DBS -In Anlehnung an die Internationalen Kriterien des IPC und der IBSA-

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Verein: \_\_\_\_\_

Bisherige Wettkampfklasse: \_\_\_\_\_ Sportart(en): \_\_\_\_\_

### 1. ALLGEMEINE UND AUGENÄRZTLICHE KRANKHEITSGESCHICHTE

#### Brillenkorrektur:

RA:.....sph.....cyl.....Achse      LA:.....sph.....cyl.....Achse

#### Kontaktlinsenkorrektur:

RA:.....sph.....cyl.....Achse      LA:.....sph.....cyl.....Achse

Augenprothese:                      rechts O                      links O

Augenärztliche Medikation:    ja / nein

Medikation: \_\_\_\_\_

### 2. UNTERSUCHUNGSBEFUND

#### Sehschärfe

	ohne Korrektur	mit Brille	mit Kontaktlinsen
RA			
LA			

#### Gesichtsfeld

durchzuführen als „full-field-strategy“ wahlweise an den Geräten: Humphrey Field Analyzer, Twinfield (Oculus), Octopus (interzeag), Rodenstock Peristat, Medmont (MAP), Goldmann Perimetry Intensity III/4

In Grad (Radius)	RA	LA

**Wichtig: Das Ergebnis der Gesichtsfelduntersuchung ist im Original beizufügen!**



Deutscher Behindertensportverband e.V.  
National Paralympic Committee Germany

### 3. ZUSÄTZLICH NOTWENDIGE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Nachweise, aus denen die Diagnose hervorgeht, müssen dem Antrag beigelegt und mitgeschickt werden. Die medizinischen Nachweise haben die umfassende Krankheitsgeschichte mit den Ergebnissen aller relevanten Untersuchungen, Laborergebnissen und bildgebenden Studien zu enthalten. Sofern möglich, bitte Kopien der Originalberichte bzw. Schreiben beigelegen. Die Nachweise müssen soweit es die medizinischen Umstände betrifft möglichst objektiv sein. Im Fall von nicht offensichtlichen Erkrankungen, ist zum Beweis ein unabhängiges medizinisches Gutachten diesem Antrag beigelegen. Dies beinhaltet (gegebenenfalls) den Bericht und graphische Resultate zu:

- Visuell Evozierte Potentiale (Muster VEP) ja/nein
- Elektroretinographie (ERG)/ Elektrooculographie (EOG) ja/nein
- Cerebrale Magnetresonanztomographie (MRT) ja/nein

**Diagnose:**

---

---

---

---

---

**Ich bescheinige, dass keine Einschränkungen für die betreffende Sportart aus augenärztlicher Sicht bestehen.**

\_\_\_\_\_  
**Ort / Untersuchungsdatum**

\_\_\_\_\_  
**Stempel / Unterschrift**