

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 RA: _____ 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!

3. ZUSÄTZLICH NOTWENDIGE MEDIZINISCHE INFORMATIONEN

Nachweise, aus denen die Diagnose hervorgeht, müssen dem Antrag beigefügt 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 beifügen. 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 beizufügen. 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