

**Termin zur Klassifizierung bei Sylvia Torba während der  
Deutschen Meisterschaft Sportschießen 2026 in München**

Liebe Schützinnen und Schützen,

wie in jedem Jahr, können Sie sich während der Deutschen Meisterschaft Sportschießen in München wieder von Frau Torba klassifizieren lassen.

Entgegen den letzten Jahren finden Sie Frau Torba dieses Jahr im „Bogenhaus“ am hinteren Parkplatz der Anlage, Eingang links vom Parkplatz aus. Das Bogenhaus ist selbstverständlich barrierefrei.

Um einen Termin anzumelden, tragen Sie sich bitte unter folgenden Links in die Liste ein (pro Schütze bitte nur einen Termin festlegen!). Bitte achten Sie dabei auf den richtigen Tag:

**Mögliche Termine:**

|                                          |                                       |
|------------------------------------------|---------------------------------------|
| Freitag, 21.08.2026, 09:00 – 16:00 Uhr:  | <a href="#">Termin Torba 21-08-26</a> |
| Samstag, 22.08.2026, 09:00 – 16:00 Uhr:  | <a href="#">Termin Torba 22-08-26</a> |
| Sonntag, 23.08.2026, 09:00 – 16:00 Uhr:  | <a href="#">Termin Torba 23-08-26</a> |
| Montag, 24.08.2026, 13:00 – 17:00 Uhr:   | <a href="#">Termin Torba 24-08-26</a> |
| Dienstag, 25.08.2026, 10:00 – 11:00 Uhr: | <a href="#">Termin Torba 25-08-26</a> |

Sollte Ihnen die Handhabung mit der Online-Eintragung nicht liegen, so können Sie auch eine E-Mail mit Terminwunsch unter Angabe Ihres Namens und E-Mailadresse an Frau Schroeder [schroeder@dsb.de](mailto:schroeder@dsb.de) senden. Wir prüfen und bestätigen dann, ob der Termin noch frei ist, oder finden einen neuen Termin mit Ihnen.

Wenn Sie den gebuchten Termin nicht wahrnehmen können, so melden Sie sich bitte bei Frau Schroeder per E-Mail ab.

**Zum Termin mitbringen:**

Bitte erscheinen Sie pünktlich zu Ihrem Termin. Bringen Sie die unten anhängenden Seiten ausgedruckt und ausgefüllt zu Ihrem Termin mit, sowie Ihren Personal- und Schützenausweis.

Die Seiten können auch unter [Formulare-Klassifizierungsvorbereitung](#) heruntergeladen werden.

Sollten Sie noch Rückfragen haben oder an dieser Veranstaltung nicht teilnehmen können, setzen Sie sich gerne mit mir in Verbindung.

Mit sportlichen Grüßen

**DEUTSCHER SCHÜTZENBUND**  
i.A.



Ellen Schroeder  
Veranstaltungsorganisation national

## 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