

**Antrag auf Genehmigung von medizinisch notwendigen Hilfsmitteln an den DSB  
durch folgenden Antragsteller:**

|                    |                      |
|--------------------|----------------------|
| Anrede             | <input type="text"/> |
| Vor- und Nachname  | <input type="text"/> |
| Straße/Haus-Nr.    | <input type="text"/> |
| PLZ/Wohnort        | <input type="text"/> |
| Telefon            | <input type="text"/> |
| NDSB-Mitglieds-Nr. | <input type="text"/> |

Sehr geehrte Damen und Herren,  
aufgrund der medizinischen Notwendigkeit, welche ich Ihnen durch ein **beigefügtes Facharzttest**  
nachweise, bitte ich um Genehmigung, dass ich folgendes/folgende Hilfsmittel auch während des  
Schießens nach DSB-Sportordnung tragen darf:

Hier bitte das/die zu genehmigende/-n Hilfsmittel (z.B. Kompressionsstrümpfe oder Stützkorsett)  
eintragen

Vielen Dank im Voraus für Ihre Mühen.

Mit freundlichen Grüßen

|                                 |                      |
|---------------------------------|----------------------|
| Ort, Datum                      | <input type="text"/> |
| Unterschrift des Antragstellers | <input type="text"/> |

|  |                      |
|--|----------------------|
| Unterschrift des Vereinsverantwortlichen (mit Stempel) | <input type="text"/> |
|--|----------------------|