

Mein Leistungsstand

Name, Vorname:	Datum:
----------------	--------

Körperliche Faktoren:		--	-	0	+	++
• Kraft	Arme					
	Beine					
	Rücken					
• Stabilität	Körper ganzheitlich					
• Auge	Sehkraft nahe					
	Sehkraft fern					
• Ausdauer	Herz/Kreislauf					
	Lunge					
• Gesundheit	Wie fühle ich mich?					
• Koordinative Fähigkeiten						
• Handruhe						
• Mentale Verfassung						

Technik:

• Nullstellung				
• Arm, Atmung				
• Zielen, Zielbild				
• Druckverlauf				
• Koordination				
• Nachhalten				
• Abkommensanalyse				