

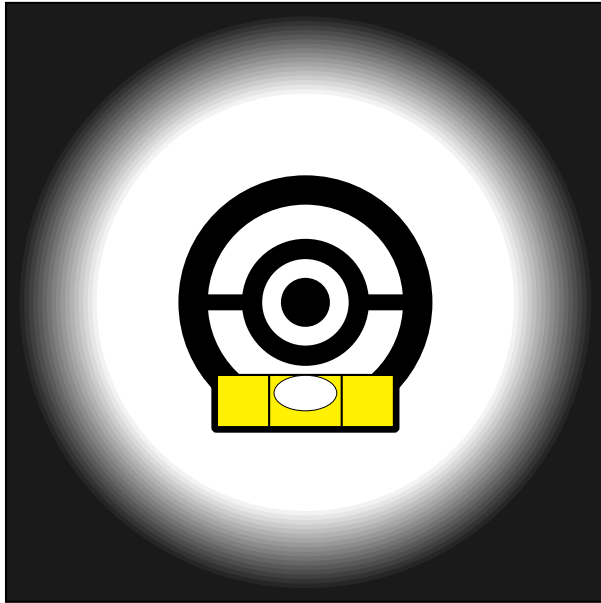
Trainingsbuch

ASG Zürich Unterstrass

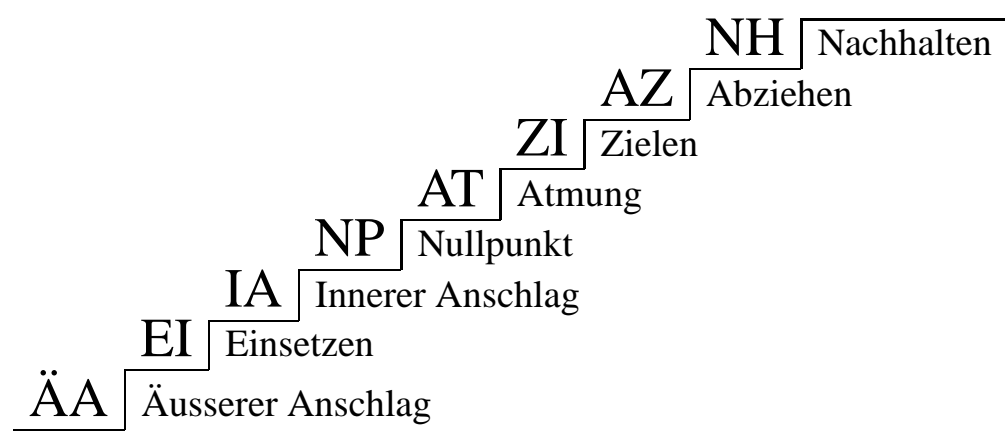
Name:

Saison:

Das Zielbild



Die koordinierte Schussabgabe



Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

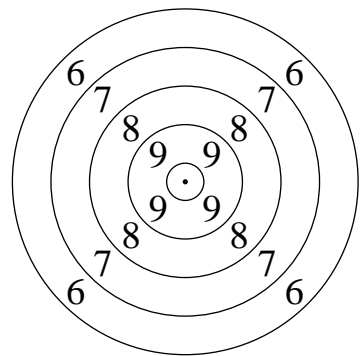
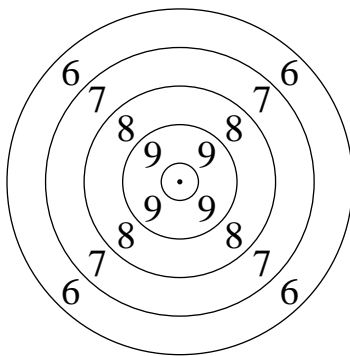
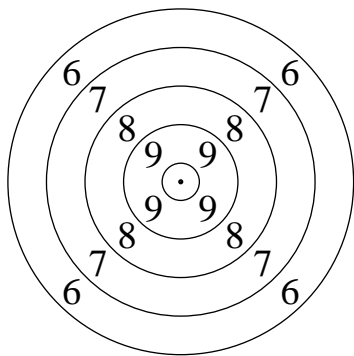
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

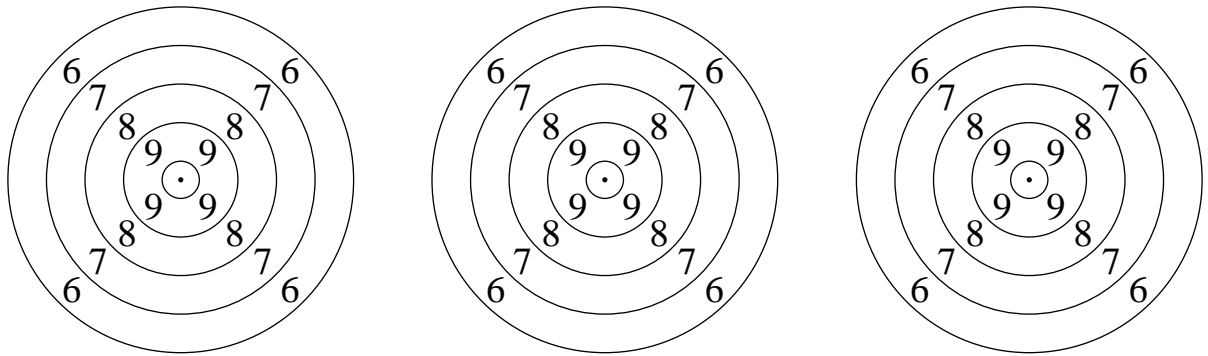
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

.....

.....

.....

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

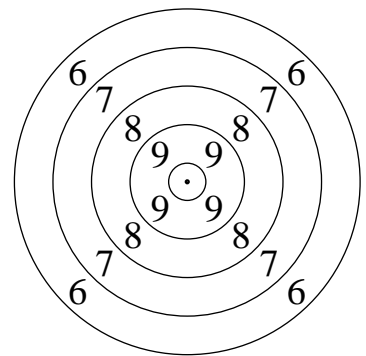
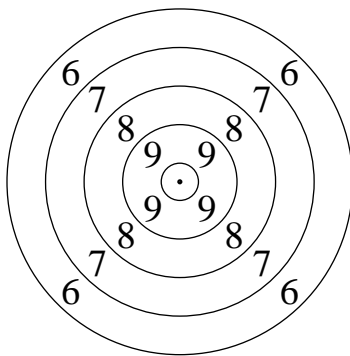
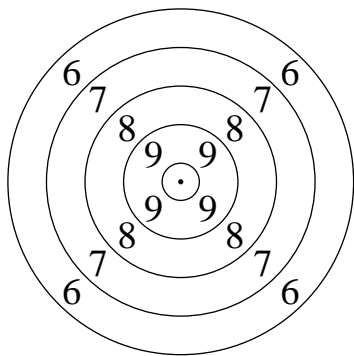
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

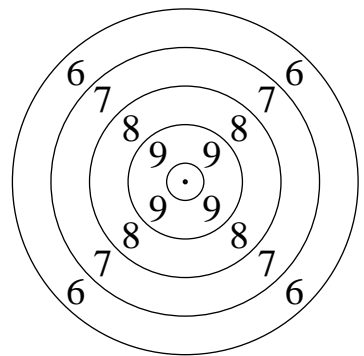
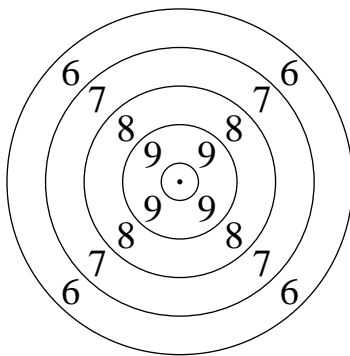
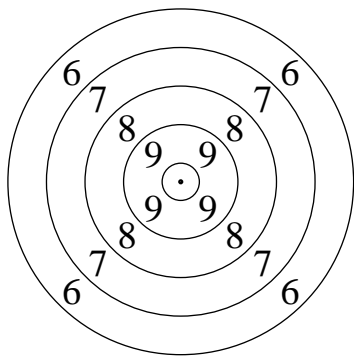
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

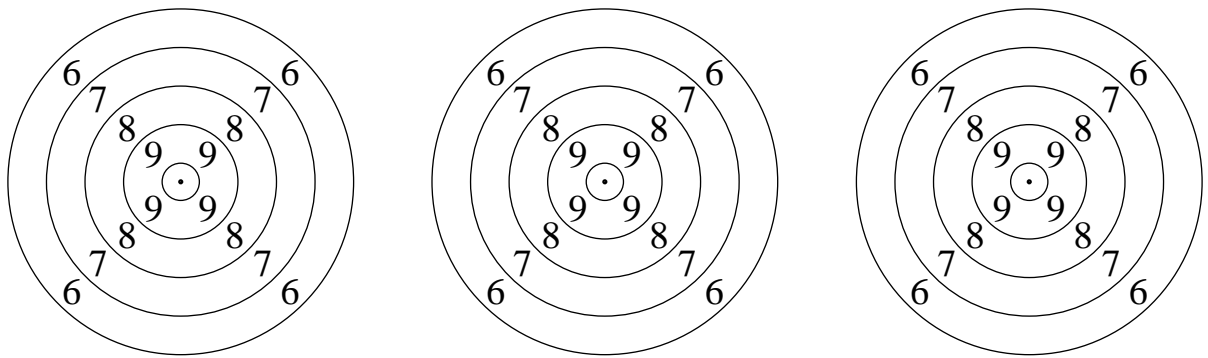
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:											
I:											
II:											
III:											

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

.....

.....

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

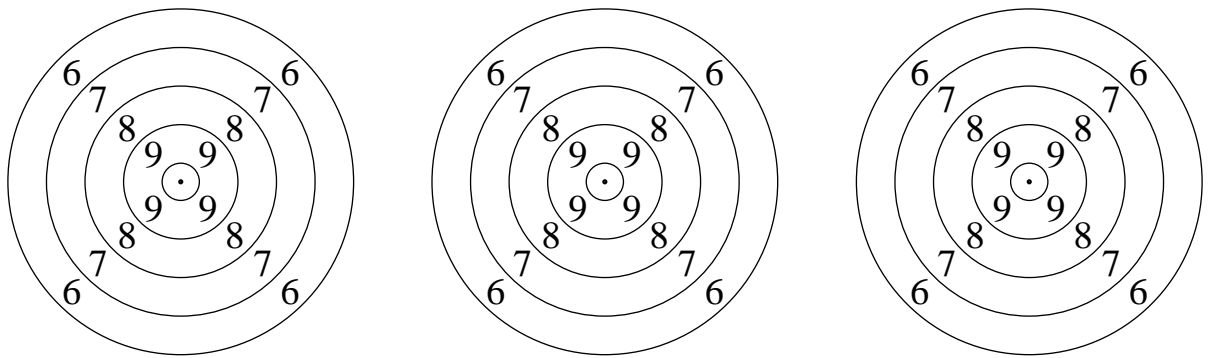
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

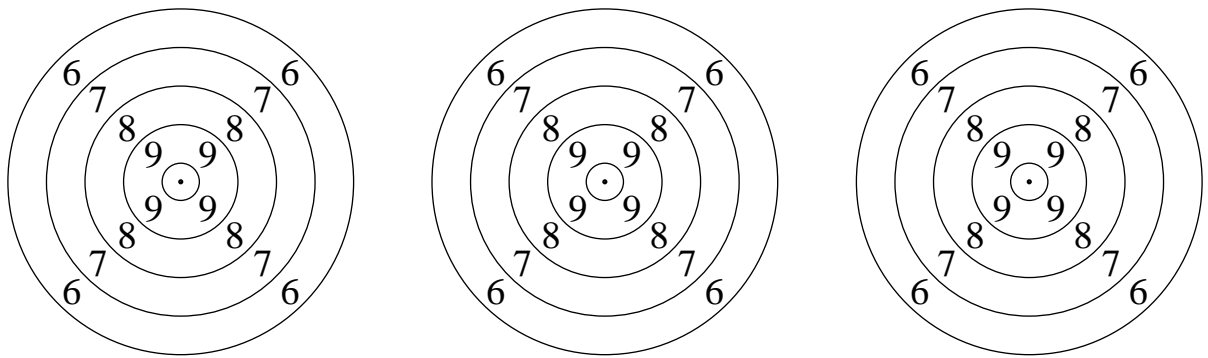
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

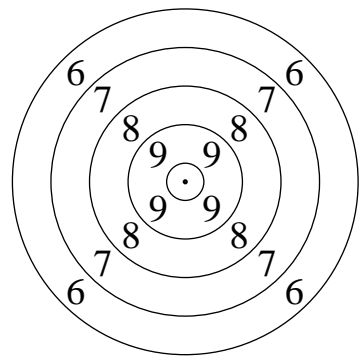
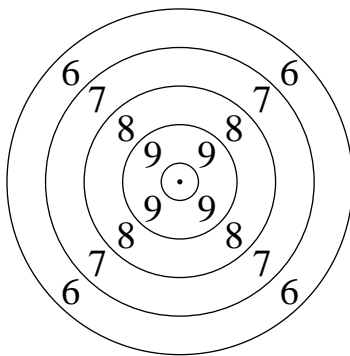
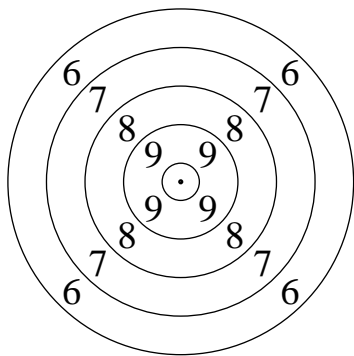
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:													
I:													
II:													
III:													

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

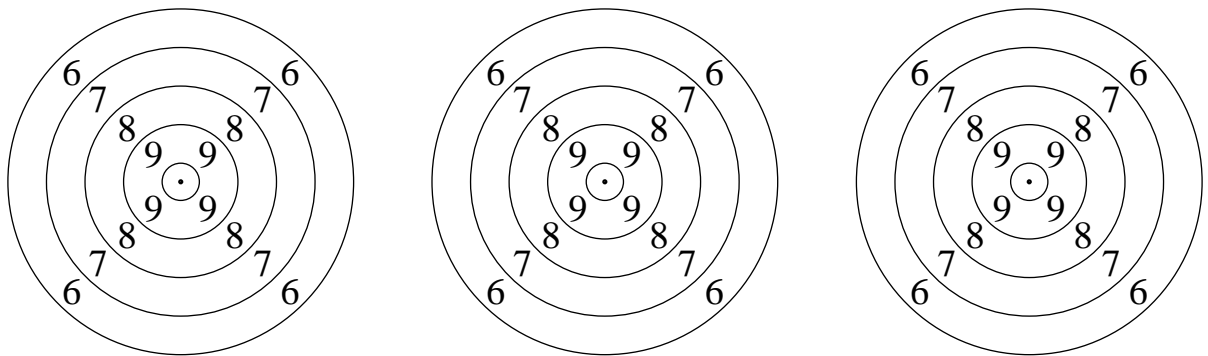
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:													
I:													
II:													
III:													

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

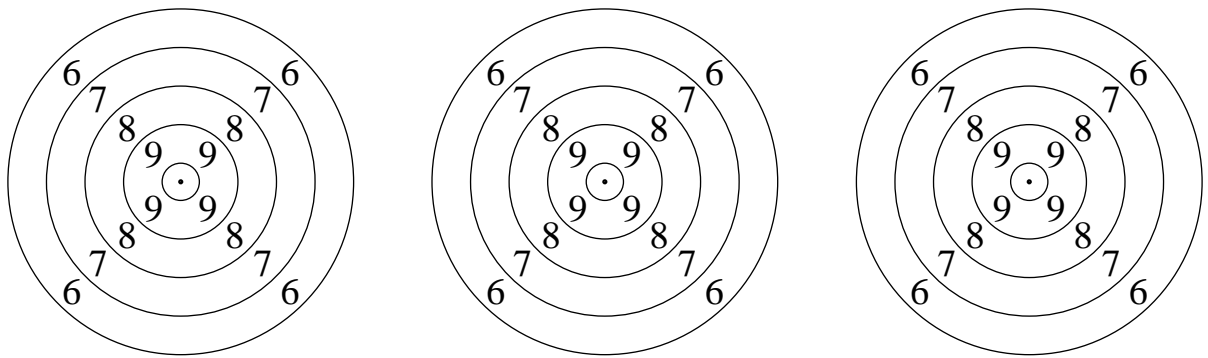
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

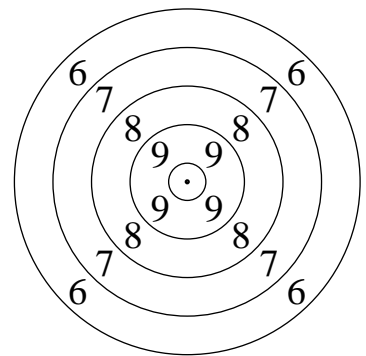
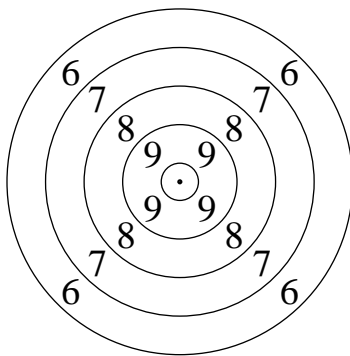
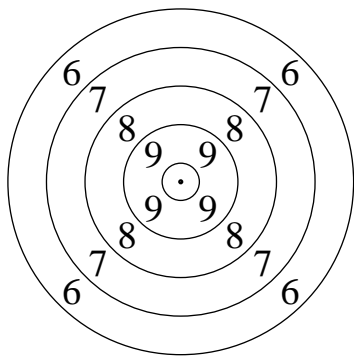
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

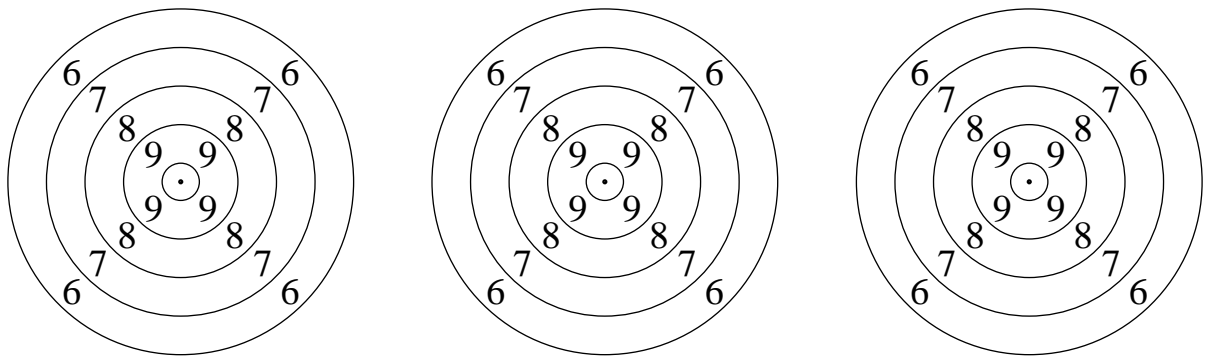
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

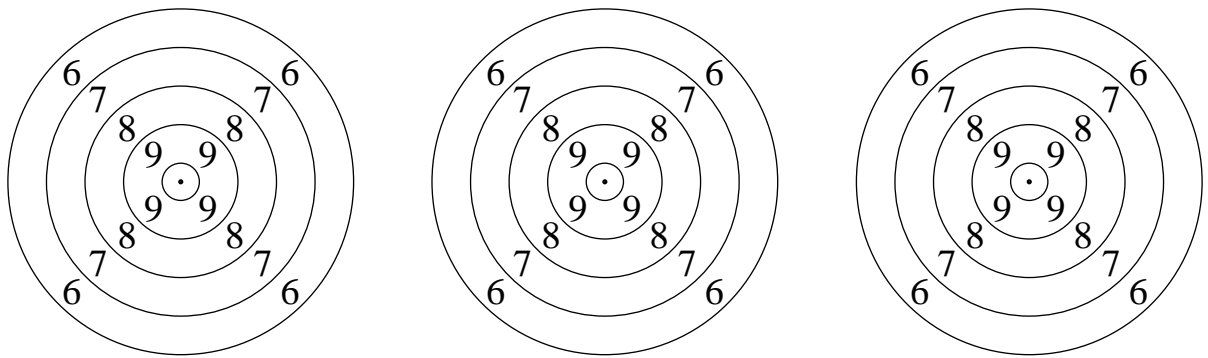
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

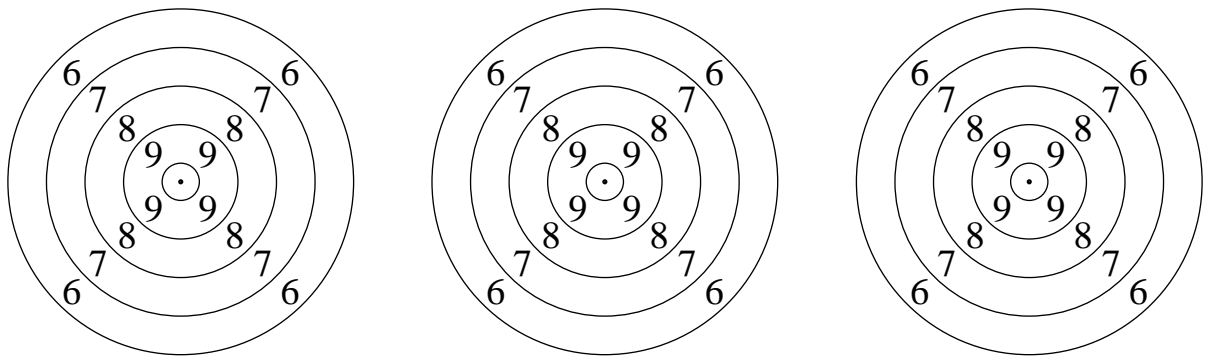
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

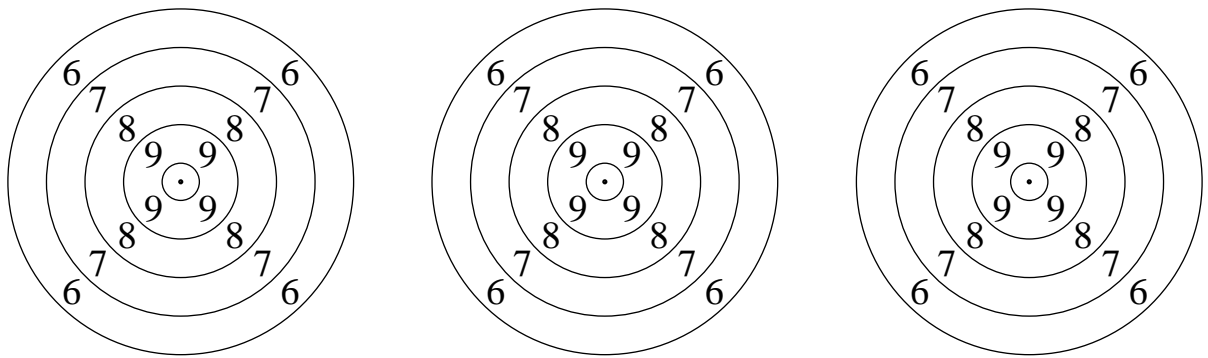
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

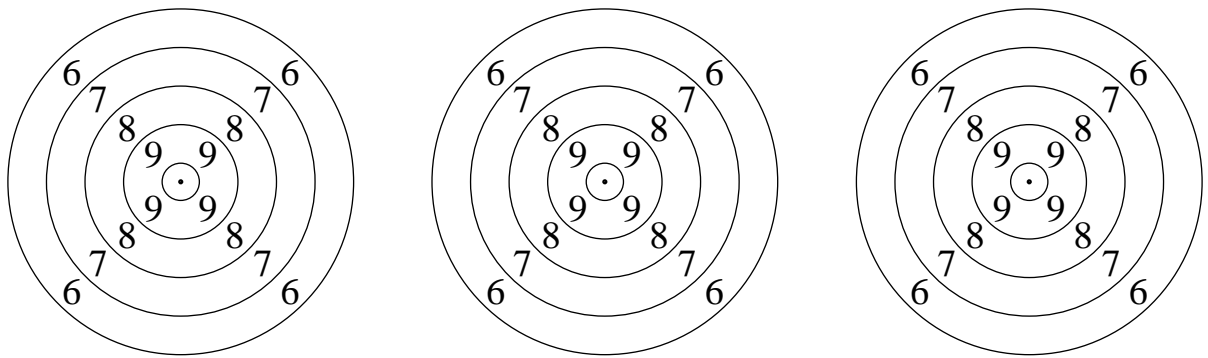
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:										
I:										
II:										
III:										

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

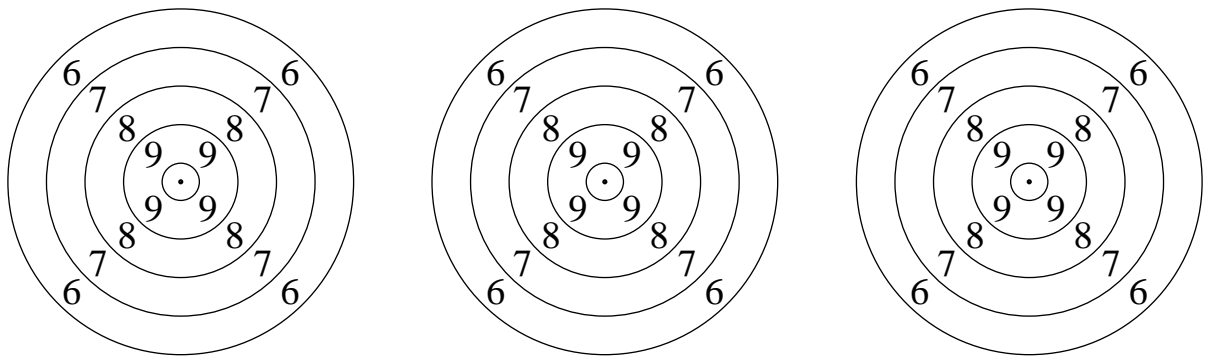
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

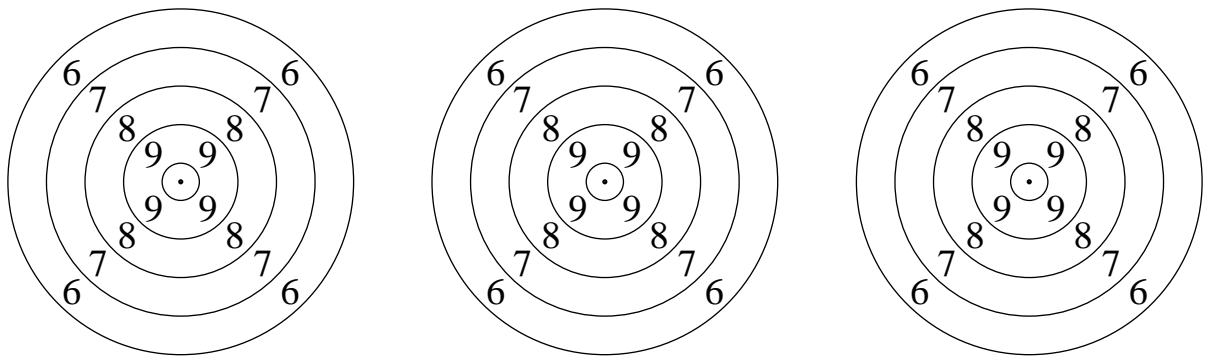
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:										
I:										
II:										
III:										

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

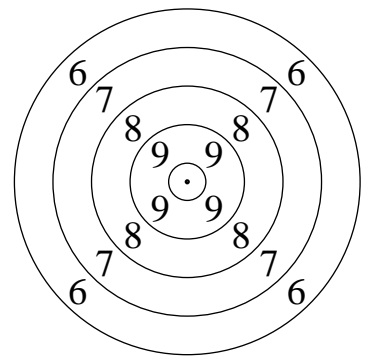
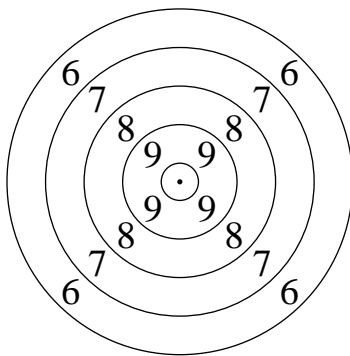
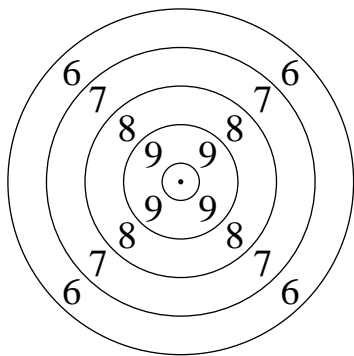
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

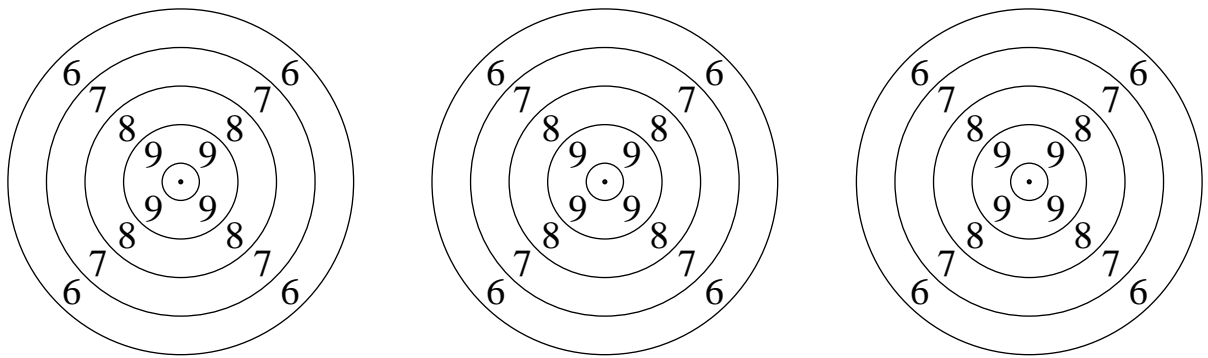
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

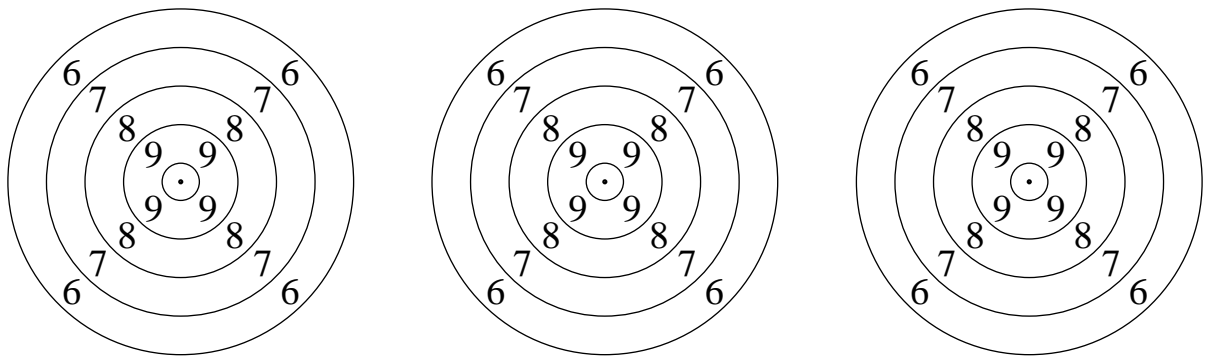
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

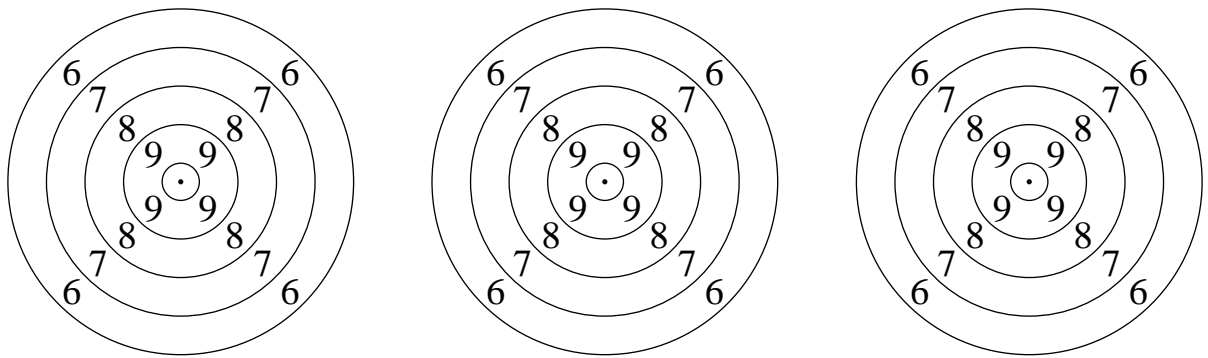
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:											
I:											
II:											
III:											

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

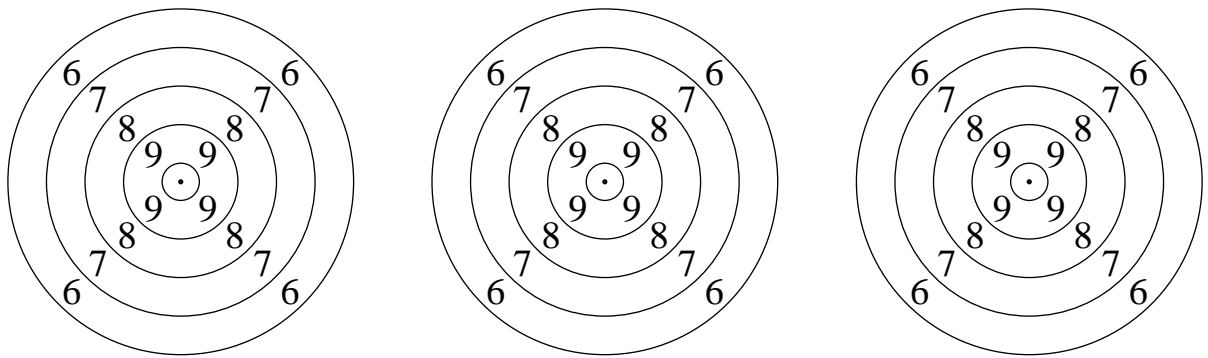
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

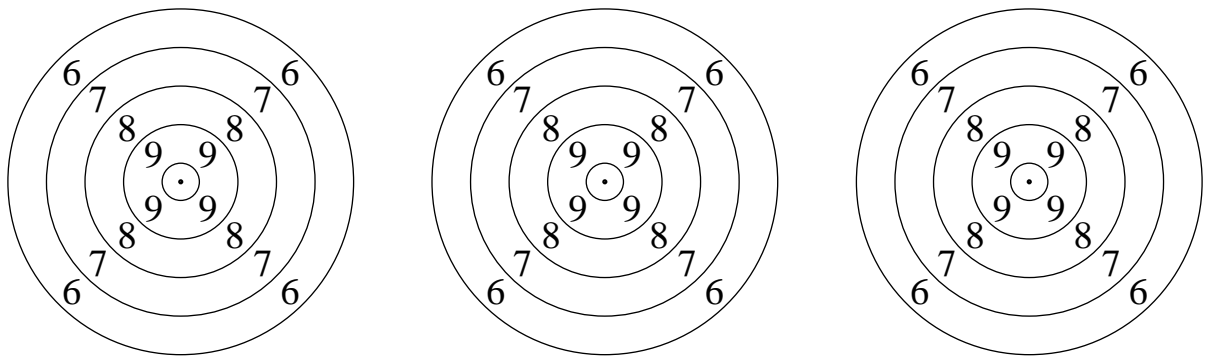
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

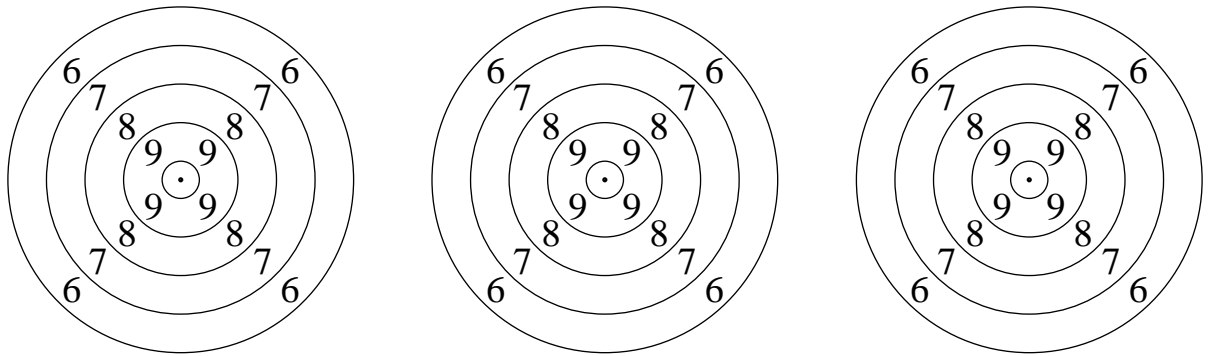
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:											
I:											
II:											
III:											

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

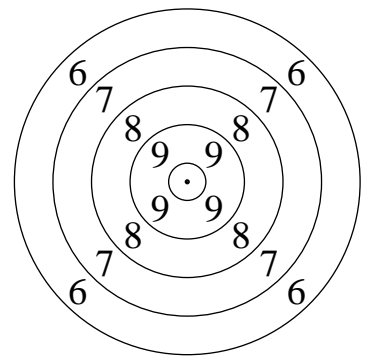
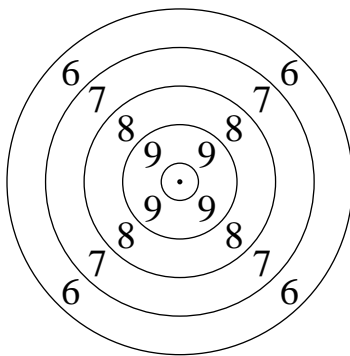
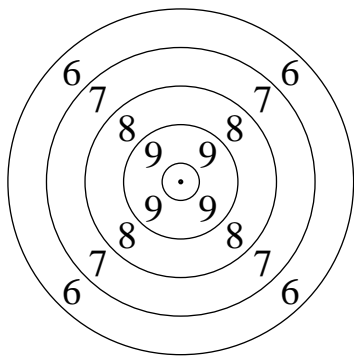
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

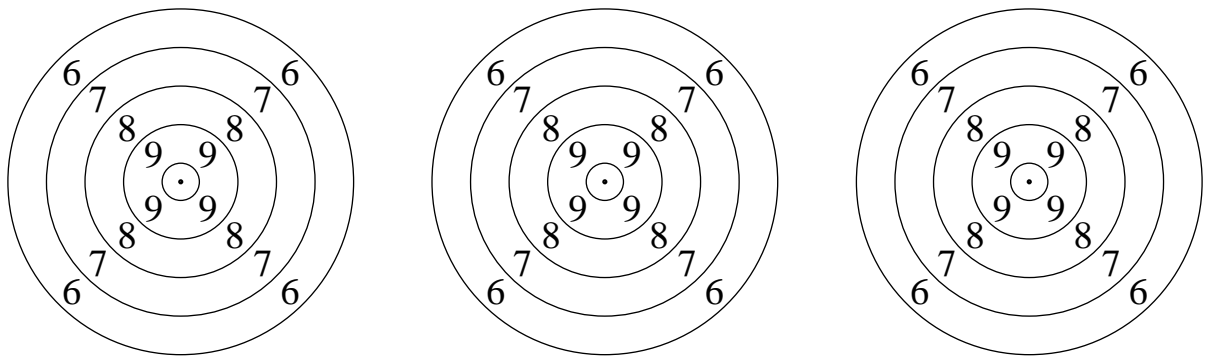
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

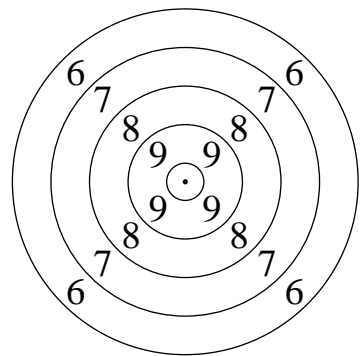
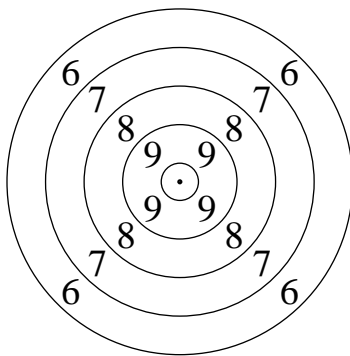
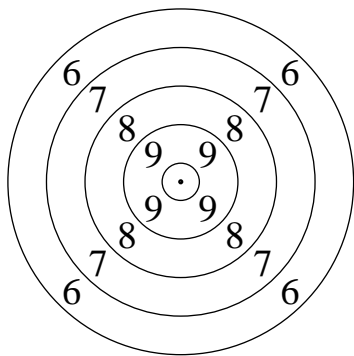
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:														
I:														
II:														
III:														

Ø:

10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Anlass:	Datum:	Schiesszeit:
Stand:	Scheibe:	Schiessrichtung:
Ankunftszeit:	Stellung: <input type="checkbox"/> kniend <input type="checkbox"/> stehend	
Temperatur:	Licht:	Wind:
Ringkorn:	Dioptr:	Filter:
Bemerkungen:		
.....		

Vor dem Schiessen

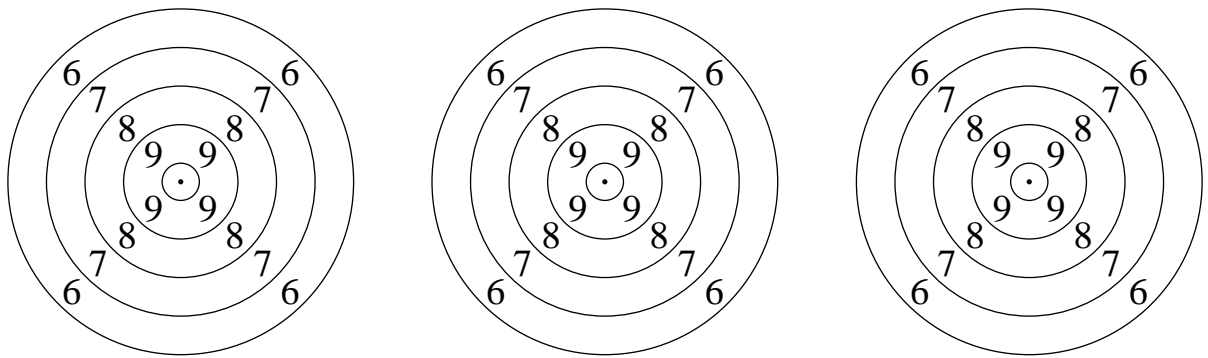
1. motiviert	selbtsicher	ruhig	positiv	hellwach
2. unmotiviert	unsicher	erregt	negativ	teilnahmslos
3. Herzklopfen	feuchte Hände	reizbar	Harndrang	flaues Gefühl (Magen)
Bemerkungen:				
.....				

Während des Schiessens

1. Stellung / äusserer Anschlag	gut	mittel	schlecht
2. Innere Anschlag / Muskelspannungen	gut	mittel	schlecht
3. Zielbilderfassung	gut	mittel	schlecht
4. Wind-, Lichtverhältnisse	gut	mittel	schlecht
5. Konzentration	gut	mittel	schlecht
6. Schiessrhythmus	gut	mittel	schlecht
7. Abzugsvorgang	bewusst		unbewusst
8. Angstempfindung	gering	mittel	gross
9. Körperliche Anstrengung	gering	mittel	gross
Bemerkungen			
.....			

Nach dem Schiessen

1. Hatte ich mich unter Kontrolle?	Ja	zum Teil	Nein
2. Bin ich mit dem Schiessvorgang zufrieden?	Ja	zum Teil	Nein
3. Entspricht das Ergebnis meinen Erwartungen?	Ja		Nein
Bemerkungen			
.....			



P:												
I:												
II:												
III:												

Ø:
 10: 9: 8: 7: 6: 5:

Ziel:

Erfüllt?:

Bemerkungen:

Veränderung an Einstellungen / Stellung:

Verlauf des Durchschnitts

Ø kniend

Ø stehend

Aussenradius

