



# Augenärztlicher Untersuchungsbericht

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

MEDIZINISCH VERTRAULICH

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) beantragtes Tauglichkeitszeugnis Klasse 1 <input type="checkbox"/> Klasse 2 <input type="checkbox"/>	
(3) Familienname:		(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungs-/ Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	(13) Referenznummer:
(301) Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen zu.			
----- Datum		----- Unterschrift des Antragstellers	
		----- Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen	

(302) Untersuchungskategorie:	(303) Ophthalmologische Anamnese:
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung <input type="checkbox"/>	

### Klinische Untersuchung:

Bitte jedes Formularfeld ausfüllen		normal	nicht normal
(304) äußeres Auge, Lider			
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)			
(306) Lage und Beweglichkeit			
(307) Gesichtsfelder			
(308) Pupillenreflexe			
(309) Fundus bds. (Ophthalmoskopie)			
(310) Konvergenz	cm		
(311) Akkommodation	Dpt		

### (312) Augenmuskelgleichgewicht (in Prismendioptrien)

Entfernung 5 m/6 m		Entfernung 30-50 cm	
Orthophorie		Orthophorie	
Esophorie		Esophorie	
Exophorie		Exophorie	
Hyperphorie		Hyperphorie	
Cyclophorie		Cyclophorie	
Tropie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Phorie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Fusionsreserve nicht geprüft <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/>	

### (313) Farberkennung

pseudoisochromatische Tafeln	Ishihara 24 Tafel-Version
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbensehens erforderlich	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Untersuchungsmethode:	
Farbsicher:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

### (321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

--	--

### (322) Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):

Hiermit erkläre ich, dass ich den in diesem Untersuchungsbericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und dass dieser Untersuchungsbericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.

(323) Ort und Datum:	Name, Adresse und Stempel des Augenarztes (Großbuchstaben)	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen
Unterschrift des untersuchenden Arztes	E-Mail: Telefon: Telefax:	

### Sehschärfe

(314) Fernvisus in 5 m/6 m		Brille	Kontaktlinsen	
	unkorrigiert			
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		
(315) Zwischenvision in 1 m		Brille	Kontaktlinsen	
	unkorrigiert			
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		
(316) Nahvisus in 30-50 cm		Brille	Kontaktlinsen	
	unkorrigiert			
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		
(317) Refraktion objektiv	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nahaddition
rechtes Auge				
linkes Auge				
Refraktion bestimmt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Refraktion aus Brillenpass: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

(318) Brille	(319) Kontaktlinsen
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Art:	Art:

(320) Augeninnendruck	
re. Auge (mmHg):	li. Auge (mmHg):
Meßmethode:	normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/>