

Pseudonymisierungs-
Nummer:

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"/>
	(12) Antrag auf Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungs-/ Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>
(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
(301) _____ Datum	_____ Unterschrift des Antragstellers
	_____ Unterschrift des flugmed. Sachverständigen

(302) Untersuchungskategorie:	(303) Ophthalmologische Anamnese:
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>	
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	

Sehschärfe

(314) Fernvisus in 5 m/6 m

	unkorrigiert		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(315) Zwischenvisus in 1 m

	unkorrigiert		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(316) Nahvisus in 30-50 cm

	unkorrigiert		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(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"/>

(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** ja nein Art: _____

(319) **Kontaktlinsen** ja nein Art: _____

(313) **Farberkennung**

pseudoisochromatische Tafeln Ishihara 24 Tafel-Version	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"/>	

(320) **Augeninnendruck**

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