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 ☐ Klasse 2 ☐	
		(12) Antrag auf Erstuntersuchung ☐ Erneuerungs-/ Verlängerungsuntersuchung ☐
	(6) Geburtsdatum:	

(301)

Datum

Unterschrift des flugmed. Sachverständigen

(302) Untersuchungskategorie:

- Erstuntersuchung ☐
- Verlängerungsuntersuchung ☐
- Erneuerungsuntersuchung ☐
- Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung ☐

(303) Ophthalmologische Anamnese:

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 ☐ nein ☐	Phorie ja ☐ nein ☐
Fusionsreserve nicht geprüft ☐	normal ☐ nicht normal ☐

(313) **Farberkennung**

pseudoisochromatische Tafeln Ishihara 24 Tafel-Version	
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbensehens erforderlich ja ☐ nein ☐	
Untersuchungsmethode:	
Farbsicher: ja ☐	nein ☐

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		

(317) **Refraktion objektiv**	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nahaddition
rechtes Auge				
linkes Auge				

Refraktion bestimmt: ja ☐ nein ☐ Refraktion aus Brillenpass: ja ☐ nein ☐

(318) **Brille**	(319) **Kontaktlinsen**
ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
Art:	Art:

(320) **Augeninnendruck**

re. Auge (mmHg):	li. Auge (mmHg):
Meßmethode:	normal ☐ nicht normal ☐

(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:	