



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) Referenz-Nummer:
(301) Zustimmung zur Weitergabe von medizinischen Informationen: Hiermit willige ich in die Weitergabe sämtlicher Informationen des Berichtes und einzelner oder aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und ggf. den medizinischen Sachverständigen der Genehmigungsbehörde ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder die elektronisch gespeicherten Daten für den Abschluss der medizinischen Beurteilung Verwendung finden und in den Besitz der Genehmigungsbehörde übergehen und dort unter der Maßgabe verbleiben, dass mir oder meinem Arzt entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften Zugang gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewährleistet.			
----- Datum		----- Unterschrift des Antragstellers	
		----- Unterschrift des flugmed. 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"/>	

(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) Zwischenvisus 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"/>