

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:	(7) Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐		
(301)					
Datum		Unterschrift des Antragstellers		Unterschrift des flugmed. Sachverständigen	

(302) Untersuchungskategorie:	(303) Ophthalmologische Anamnese:
Erstuntersuchung ☐ Verlängerungsuntersuchung ☐ Erneuerungsuntersuchung ☐ Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung ☐	

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 ☐

(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				
	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				
ja ☐ nein ☐				
Art:				
(319) Kontaktlinsen				
ja ☐ nein ☐				
Art:				

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