

AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN

VERTRAULICH

(1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll:		(2) beantragte Tauglichkeitsklasse		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	andere <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) 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 flugmed. Sachverständ. (Zeuge)	

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

Klinische Untersuchung:		normal	nicht normal
jedes Formularfeld ausfüllen			
(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			
	unkorrigiert		Brille
rechtes Auge		korrigiert auf	Kontaktlinsen
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(315) Zwischenvisus in 1 m			
	unkorrigiert		Brille
rechtes Auge		korrigiert auf	Kontaktlinsen
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(316) Nahvisus in 30-50 cm			
	unkorrigiert		Brille
rechtes Auge		korrigiert auf	Kontaktlinsen
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

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

(318) Brille		(319) Kontaktlinsen		
ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Art:		Art:		
Korrekturwerte:	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nahaddition
rechtes Auge				
linkes Auge				

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

(324) Binokularsehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
----------------------	-----------------------------	-------------------------------

(312) Augenmuskelgleichgewicht (in Prismendioptrien)	
Entfernung 5 m	Entfernung 30-50 cm
Orthophorie	Orthophorie
Esophorie	Esophorie
Exophorie	Exophorie
Hyperphorie	Hyperphorie
Hypophorie	Hypophorie
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	Ishihara 24 Tafel-Version
Anzahl der Tafeln:	
Anzahl der Fehler:	
Weiterführende Untersuchungen des Farbsehens erforderlich	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Untersuchungsmethode:	
Untersuchungsergebnis:	

(321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:	

(322) Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):		
Hiermit erkläre ich, dass ich bzw. meine Praxismgemeinschaft den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe (hat) und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.		
(323) Ort und Datum:	Name, Adresse und Stempel des Augenarztes (Großbuchstaben)	Stempel des flugmedizinischen Sachverständigen
Unterschrift des untersuchenden Arztes	Telefon: Telefax:	