



AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

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	(13) Referenz-Nummer:		
			männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>			
(301) Einverständniserklärung: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und für den Fall einer Überprüfung meiner Tauglichkeit Klasse 2 an den die Überprüfung durchführenden flugmedizinischen Sachverständigen Klasse 1 und für den Fall einer Überprüfung meiner Tauglichkeit Klasse 1 an das die Überprüfung durchführende flugmedizinische Zentrum 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:
 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

	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge			
linkes Auge			
beide Augen			

(315) Zwischenvisus in 1 m

	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge			
linkes Auge			
beide Augen			

(316) Nahvisus in 30-50 cm

	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge			
linkes Auge			
beide Augen			

(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					

(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:	re. Auge:	li. Auge:
Anzahl der Fehler:	re. Auge:	li. Auge:
Weiterführende Untersuchungen des Farbsehens erforderlich ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Untersuchungsmethode:		
Untersuchungsergebnis:		

(320) **Augeninnendruck**

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

(324) **Binokularesehen**

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 Praxisgemeinschaft 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:	