

Augenärztlicher Untersuchungsbericht

		JLLS I AND	IG AUSI	FULLEN, ANLEH U					EDIZINISCH		JLICH		
(1) Staat, in dem der Ai	ntrag gestellt wird:				(2) beantragtes Tau	ıglichkeitszeu	gnis K	lasse 1 [☐ Klasse	2 ∐			
(3) Familienname:					(4) Früherer Familie	(4) Früherer Familienname:			(12) Antrag auf				
									euerungs-/ längerungsunte	rauahuna			
(5) Vorname:					(6) Geburtsdatum:	(7) Gos	schlecht		renz-Nummer:	ersuchung			
(3) vomanie.					(b) Gebuitsuatuiii.	männli							
						weiblio							
(301) Zustimmung zu													
					en Sachverständigen d luss der medizinisch								
					ss mir oder meinem Ar								
	e Schweigepflicht				oo miii ooor momomii ii	zi ontoproono	na aon no	tionalon i	tooritovoroonini	ton Zagang	, goman		
1111 di 210 di 21101	o Commongopment		gonam	0.0.0.									
	erschrift des Antragstellers Unterschrift des flugmed. Sachverständigen												
	Datum			UI	nerschill des Antragsi	ellers	Uni	erschill d	ies liugilieu. Sa	acriversiano	ligen		
(302) Untersuchungska	togorio:		(303) Ophthalmologische A	Anamnoco:								
(302) Office Suchurigska	negone.		(303) Ophilialmologische /	Anamilese.								
Erstuntersuchung													
Verlängerungs-/													
Erneuerungsunte	rsuchung]										
Verweisung /	rounktustes		1										
	rpunktuntersuchun	g 🗆			Sehschärfe								
Klinische Untersuchu	•			alabta anna al		· i 5 /0							
Bitte jedes Formularfeld ausfüllen norr			naı	nicht normal	(314) Fernvisus	(314) Fernvisus in 5 m/6 m			D 311	17			
(304) äußeres Auge, Lider						unkorrigiert	ļ		Brille	Kontaktl	ınsen		
(305) vorderer Augenabschnitt					rechtes Auge		korrigie						
(Spaltlampe, Ophthalmoskop)					linkes Auge		korrigie						
(306) Lage und Beweglichkeit					beide Augen		korrigie	t auf					
(307) Gesichtsfelder					(315) Zwischen	visus in 1 m	-	-		•			
(308) Pupillenreflexe						unkorrigiert			Brille	Kontaktl	insen		
(309) Fundus bds. (Ophthalmoskopie)					rechtes Auge		korrigie	t auf					
(310) Konvergenz					linkes Auge		korrigie	t auf					
	cm				beide Augen		korrigie	rt auf					
(311) Akkommodation					(316) Nahvisus	in 30-50 cm							
	Dpt				, ,	unkorrigiert	1		Brille	Kontaktl	insen		
				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	rechtes Auge		korrigie	t auf					
(312) Augenmuskelgleichgewicht (in Prismendiop			en)		linkes Auge		korrigie						
Entfernung 5		Entfernung 30-50 cm			beide Augen		korrigie						
Orthophorie		Orthophorie			zolac / lago	I.	nomgio			1			
Esophorie		Esophorie			(317) Refraktio	n sphär	isch zv	/lindrisch	Achse	Nahad	dition		
		Esopriorie			objektiv	opilal	10011	midiloon	7.01.00	ranaa	dition		
Exophorie		Exophorie			rechtes Auge				1				
Hyperphorie		Hyperphorie			linkes Auge								
		Cyclophorie				immt: ia □ ne	in F	2ofraktion	aus Brillennas	c: ia □ nai	<u>п</u>		
Tropie ja nein Phorie		ja 🔲 nein 🗆		Refraktion bestimmt: ja ☐ nein☐			Refraktion aus Brillenpass: ja ☐ nein☐						
Fusionsreserve nicht geprüft			ја 🗀	IICIII 🗆	(210) Prillo	(318) Brille				(319) Kontaktlinsen			
i delonereserve mont debinit 🖂					'		,						
(242) Farharkannung					•	ja nein nein nein							
(313) Farberkennung	T. (.). 1.1.7	04 T (1) (Art:		F	\rt:					
pseudoisochromatische	e ratein isninara	a 24 Tafel-Ve											
Anzahl der Tafeln:		Anzahl der		n ja 🔲 nein 🗌	(000)								
Weiterführende Untersu	(320) Augenini			T., .									
Untersuchungsmethode:					re. Auge (mmH		li. Auge (mmHg):						
Farbsicher: ja 🗌				nein 🗌		11.0							
(321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:					Meßmethode:	Meßmethode:			normal nicht normal				
(321) Augenärztliche I	Bemerkungen und	d Empfehlun	igen:										
(322) Erklärung des u	ntersuchenden A	rztes (Auger	narztes):										
Hiermit erkläre ich, das					r persönlich untersuch	t habe und da	ss dieser	Untersuch	hungsbericht ei	nschließlich	n aller		
Begleitbefunde meine Untersuchungsergebnisse vollstä							Towns I MED (
(323) Ort und Datum:			Name, Adresse und Stempel des Augenarztes (Großbuchstaben)			Stempel und AME-Referenznummer des							
						flugmedizinischen Sachverständigen							
			1										
Unterschrift des untersuchenden Arztes			1										
Ontersonnit des untersuchenden Afztes			1										
			1										
				E-Mail: Telefon:									
				Telefax:			1						