EMPIC GmbH

Deutschland

AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Vertraulich

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:	(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Sonstige		
(3) Familienname:	(4) früherer Familienname:		(12) Antrag auf: ☐ Erstuntersuchung ☐ Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	(13) Referenznummer:

(301) Zustimmung zur Weitergabe von medizinischen Informationen:

Hiermit stimme ich der Weitergabe sämtlicher Informationen dieses Berichts und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und der Übermittlung an die Genehmigungsbehörde zu. Mir ist bewusst, dass die medizinischen Informationen für meine flugmedizinische Tauglichkeitsbeurteilung verwendet und in der flugmedizinischen Datenbank der Genehmigungsbehörde gespeichert werden. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewährleistet.

Datum Unterschrift des Antragstellers Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen

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

Klinische Untersuchung:

Bitte jedes Formularfeld ausfüllen

		normal	nicht normal
(304) äußeres Auge, Lider		☐	☐
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)		☐	☐
(306) Lage und Beweglichkeit		☐	☐
(307) Gesichtsfeld		☐	☐
(308) Pupillenreflexe		☐	☐
(309) Fundus		☐	☐
(310) Konvergenz	cm	☐	☐
(311) Akkommodation	Dpt	☐	☐

(312) Augenmuskelgleichgewicht (in Prismendioptrien)

Ferne in 5/6 m	Nähe in 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 Anzahl der Tafeln:	Typ: Anzahl der Fehler:
Weiterführende Farberkennungstests erforderlich ☐ ja ☐ nein Untersuchungsmethode:	
☐ farbensicher	☐ nicht farbensicher

Sehschärfe:

(314) Fernvisus (in 5/6 m)

	unkorrigiert		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(315) Zwischenvisus (in 1 m)

	unkorrigiert			
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(316) Nahvisus (in 30-50 cm)

	unkorrigiert			
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(317) Refraktion objektiv	sphärisch	zylindrisch	Achse	Add. für Presbyopie
rechtes Auge				
linkes Auge				

☐ aktuelle Refraktion untersucht ☐ Brillenrezept

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

(320) Augeninnendruck

re. Auge mmHg	li. Auge mmHg
Meßmethode: ☐ normal ☐ nicht normal	

(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 Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.

(323) Datum und Ort:	Name und Adresse des Augenarztes (Druckbuchstaben)/Stempel	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen
Unterschrift des untersuchenden Arztes		

Drucken

Löschen