AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN — VERTRAULICH

(1) Staat, der die Lizenz erteilt hat oder erteilen soll:	(2) beantragte Tauglichkeitsklasse 1 ☐ 2 ☐ andere ☐	
(3) Familienname:	(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf Erstuntersuchung ☐ Erneuerungs-/ Verlängerungsuntersuchung ☐
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum: / (7) Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐	(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 ☐ Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung ☐ erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung ☐ Sonstige Untersuchung ☐	(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.		

(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 ☐ nein ☐	Phorie ja ☐ nein ☐
Fusionsreserve nicht geprüft ☐ normal ☐ nicht normal ☐	

(313) **Farberkennung**	Ishihara 24 Tafel-Version
Anzahl der Tafeln:	
Anzahl der Fehler:	
Weiterführende Untersuchungen des Farbensehens erforderlich ja ☐ nein ☐	
Untersuchungsmethode:	
Untersuchungsergebnis:	

Sehschärfe

(314) Fernvisus in 5 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
rechtes Auge			
linkes Auge			

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

Korrekturwerte:	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nahaddition
rechtes Auge				
linkes Auge				

(320) **Augeninnendruck**

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

(321) **Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:**

(324) **Binokularsehen** ja ☐ nein ☐

(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:	