

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:		normal	nicht normal
Bitte jedes Formularfeld ausfüllen			
(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) Augenmuskelsegleichgewicht (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	Typ:
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Farberkennungstests erforderlich	ja
Untersuchungsmethode:	nein
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	ja
nein	nein
Art:	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		