



# AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Deutschland

Vertraulich

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Sonstige	
(3) Familienname:		(4) früherer Familienname:	(12) Antrag auf: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Verweisung / erweiterte Schwerpunktuntersuchung	(303) Ophthalmologische Anamnese:
--	-----------------------------------

Klinische Untersuchung:  
Bitte jedes Formularfeld ausfüllen

	normal	nicht normal
(304) äußeres Auge, Lider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Lage und Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Gesichtsfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Pupillenreflexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fundus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Konvergenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Akkommodation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sehschärfe:

(314) Fernvisus (in 5/6 m)

	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
linkes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beide Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(315) Zwischenvisus (in 1 m)

	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
linkes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beide Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(316) Nahvisus (in 30-50 cm)

	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
linkes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beide Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Phorie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Fusionsreserve: <input type="checkbox"/> nicht geprüft <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nicht normal	

(317) Refraktion objektiv

	sphärisch	zylindrisch	Achse	Add. für Presbyopie
rechtes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
linkes Auge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beide Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

aktuelle Refraktion untersucht  Brillenrezept

(313) Farberkennung

Pseudoisochromatische Tafeln Typ: \_\_\_\_\_ Anzahl der Tafeln: \_\_\_\_\_ Anzahl der Fehler: \_\_\_\_\_

Weiterführende Farberkennungstests erforderlich  ja  nein

Untersuchungsmethode:  
 farbensicher  nicht farbensicher

(318) Brille  ja  nein Art: \_\_\_\_\_

(319) Kontaktlinsen  ja  nein Art: \_\_\_\_\_

(320) Augeninnendruck

re. Auge	mmHg	li. Auge	mmHg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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