



AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Deutschland

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	

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	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	

(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

(317) Refraktion objektiv

	sphärisch	zylindrisch	Achse	Add. für Presbyopie
rechtes Auge				
linkes Auge				
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 (319) Kontaktlinsen

ja nein	ja 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		