

Augenärztlicher Untersuchungsbericht

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

MEDIZINISCH VERTRAULICH

(1) Lizenzierungsbehörde:		(2) beantragtes Tauglichkeitszeugnis: Klasse 1 Klasse 2 Klasse 3		
(3) Nachname(n):		(4) frühere(r) Familienname(n):		(12) Antrag auf Erstuntersuchung Verlängerungsuntersuchung Erneuerungsuntersuchung
(5) Vorname(n):		(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	(13) Referenz-Nummer des Antragstellers:
(301) Einwilligung zur Weitergabe medizinischer Daten: Hiermit willige ich in die Weitergabe sämtlicher Informationen dieses Berichtes und einzelner oder aller Unterlagen an den AME und die medizinischen Sachverständigen (MA) der Lizenzierungsbehörde ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder die elektronisch gespeicherten Daten für die Vervollständigung der medizinischen Tauglichkeitsuntersuchung verwendet werden und in den Besitz der Lizenzierungsbehörde übergehen und dort unter der Maßgabe verbleiben, dass mir oder meinem Arzt Einsicht entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewahrt.				
Datum		Unterschrift des Antragstellers		Unterschrift des AME

(302) Untersuchungskategorie: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Verweisung	(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) Gesichtsfelder			
(308) Pupillenreflexe			
(309) Fundus bds. (Ophthalmoskopie)			
(310) Konvergenz	cm		
(311) Akkommodation	dpt		

(312) Augenmuskelsegleichgewicht (in Prismendioptrien)			
Entfernung 5 m/6 m	Entfernung 30-50 cm		
Orthophorie	Orthophorie		
Esophorie	Esophorie		
Exophorie	Exophorie		
Hyperphorie	Hyperphorie		
Cyclophorie	Cyclophorie		
Tropie ja nein	Phorie ja nein		
Fusionsreserve nicht geprüft	normal anormal		

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

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

(322) Erklärung des untersuchenden Arztes:
 Hiermit erkläre ich, dass ich/meine AME-Gruppe den/die in diesem Untersuchungsbericht genannten Bewerber/in persönlich untersucht habe/hat und dass dieser Untersuchungsbericht einschließlich aller Begleitbefunde meine/unsere Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.

(323) Ort und Datum der Untersuchung:	Name, Adresse und Stempel des Augenarztes (Großbuchstaben):	Stempel und Nummer des AME oder Augenarztes:
Unterschrift des AME oder Augenarztes:	E-Mail: Telefon: Telefax:	

Sehschärfe			
(314) Fernvisus			
	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf	
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(315) Zwischenvision			
	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf	
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(316) Nahvisus			
	unkorrigiert	Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf	
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(317) Refraktion				
	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nahaddition
rechtes Auge				
linkes Auge				
Refraktion bestimmt:		Refraktion aus Brillenpass:		

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

(320) Augeninnendruck			
re. Auge (mmHg):		li. Auge (mmHg):	
Meßmethode:		normal	anormal