

Augenärztlicher Befundbericht

Hinweis

Falls Sie **Brillen-/Kontaktlinsenträger** sind, Ihnen aus anderen Gründen eine Minderung der Sehleistung oder eine Störung des Rot-Grün-Sehens bekannt ist, können Sie auf eigene Kosten eine/einen Augenärztin/-arzt aufsuchen und diesen Befundbericht ausfüllen lassen.

Dabei sind die Korrekturwerte der Augen immer mit Brille anzugeben.

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

ist/war vom

bis

**1 Sehschärfe für die Ferne
ohne Glas**

nach Korrektur mit Glas

rechts _____

rechts _____

Dioptr. _____

links _____

links _____

Dioptr. _____

**2 Sehschärfe für die Nähe
ohne Glas**

nach Korrektur mit Glas

rechts _____

rechts _____

Dioptr. _____

links _____

links _____

Dioptr. _____

Bei Hyperopie Untersuchung in Zykloplegie

rechts _____

links _____

3 Farbensinn geprüft nach Ishihara (Zutreffendes bitte ankreuzen)



farbentüchtig



farbenuntüchtig

Diagnose _____

4 Lichtsinn (Nyktometer) geprüft

Umfeldleuchtdichte

0,032 cd/m²

Kontrast 1 _____

0,1 cd/m²

Kontrast 1 _____

Augenärztlicher Befundbericht

Name

Vorname

Geburtsdatum

5 Räumliches Sehen (Titmusringe)

Winkelsekunden _____

6 Ist eine Laserkorrektur durchgeführt worden?

Bitte reichen Sie uns die Befunde vor und nach der Laser OP ein!

Ja

Nein

7 Sonstige Befunde/Diagnosen



Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes/Stempel