

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 ☐ weiblich ☐	(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: Erstuntersuchung Verlängerungsuntersuchung Erneuerungsuntersuchung Verweisung	(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) Gesichtsfelder		
(308) Pupillenreflexe		
(309) Fundus bds. (Ophthalmoskopie)		
(310) Konvergenz	cm	
(311) Akkommodation	dpt	

(312) Augenmuskelleichgewicht (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) Zwischenvisus

	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