

AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

Medizinisch vertraulich

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:		(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ANS <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) System Referenznummer:
<p>(301) Einverständniserklärung: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen, die medizinische Lizenz-Behörde und, sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, dass mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Lizenz-Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.</p>					
Datum		Unterschrift des Antragstellers		Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)	

(302) Untersuchungskategorie: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Revalidation <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Indizierte Untersuchung	(303) Ophthalmologische Vorgeschichte:
---	--

Klinische Untersuchung:
jedes Kästchen ausfüllen

	normal	abnormal
(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 (Konfrontation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Pupillenreflexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fundi (Ophthalmoskopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Konvergenz	cm	<input type="checkbox"/>
(311) Akkommodation	D	<input type="checkbox"/>

Sehschärfe Birkhäuser:
(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"/> abnormal	

(317) Refraktion

	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nah-Addition
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"/>
<input type="checkbox"/> aktuelle Refraktion untersucht <input type="checkbox"/> Brillenrezept				

(313) Farbsehen

Pseudoisochromatische Tafeln Typ: _____ Anzahl der Tafeln: _____ Anzahl der Fehler: _____

Weiterführende Untersuchungen des Farbsehens ja nein

Untersuchungsmethode

farbensicher nicht farbensicher

(318) Brille ja nein Art: _____

(319) Kontaktlinsen ja nein Art: _____

(320) Augeninnendruck

Rechts	mmHg	Links	mmHg
Meßmethode: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal			

(321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

(322) Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):
Hiermit erkläre ich, daß ich den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und daß dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.

(323) Ort und Datum:	Name und Adresse des Augenarztes (Großbuchstaben)	Nummer des flugmedizinischen Sachverständigen oder Facharztes
Unterschrift des Arztes		