

Augenärztlicher Befundbericht

Hinweis

Nur falls Sie **Brillen-/Kontaktlinsenträger** sind, Ihnen aus anderen Gründen eine Minderung der Sehleistung oder eine Störung des Rot-Grün-Sehens bekannt ist, werden Sie gebeten, auf eigene Kosten eine/einen Augenärztin/-arzt aufzusuchen und diesen Befundbericht ausfüllen zu 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	_____
	links	_____	links	_____
			Dioptr.	_____

2	Sehschärfe für die Nähe ohne Glas		nach Korrektur mit Glas	
	rechts	_____	rechts	_____
	links	_____	links	_____
			Dioptr.	_____

Bei Hyperopie Untersuchung in Zykloplegie

rechts	_____
links	_____

3 **Farbensinn** geprüft nach Ishihara (Zutreffendes bitte ankreuzen)

farbetüchtig farbenuntüchtig

Diagnose _____

4 **Lichtsinn (Nyktometer)** geprüft

Umfeldleuchtdichte	0,032 cd/m ²	Kontrast 1	_____
	0,1 cd/m ²	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 _____