



AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

VERTRAULICH

(1) JAA-Staat, in dem der Antrag gestellt wird:	(2) beantragte Tauglichkeitsklasse		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>
(3) Familienname:	(4) Früherer Familienname:	(12) Antrag auf Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>			
		Erneuerungs-/ Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>			
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht	(13) Referenz-Nummer:		
		männlich <input type="checkbox"/>			
		weiblich <input type="checkbox"/>			
(301) Einverständniserklärung: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und für den Fall einer Überprüfung der Zuverlässigkeit/Tauglichkeit an die für die Erteilung meiner Lizenz zuständige Stelle, den flugmedizinischen Bereich des Luftfahrt-Bundesamtes und sofern erforderlich, den flugmedizinischen Bereich der Behörde eines JAA-Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherte Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften an den flugmedizinischen Bereich des Luftfahrt-Bundesamtes weitergeleitet werden. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.					
Datum		Unterschrift des Antragstellers		Unterschrift des flugmed. Sachverständ. (Zeuge)	

(302) Untersuchungskategorie	(303) Ophthalmologische Anamnese:
Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>	
Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/>	
erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung <input type="checkbox"/>	
Sonstige Untersuchung <input type="checkbox"/>	

Klinische Untersuchung:

jedes Kästchen ausfüllen	normal	abnormal
(304) äußeres Auge, Lider		
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)		
(306) Lage und Beweglichkeit		
(307) Gesichtsfeld		
(308) Pupillenreflexe		
(309) Fundus bds. (Ophthalmoskopie)		
(310) Konvergenz cm		
(311) Akkommodation Dpt.		

Sehschärfe

(314) Fernvisus	in 5 m	Brille	Kontaktlinsen
rechts Auge	korrigiert auf		
linkes Auge	korrigiert auf		
beide Augen	korrigiert auf		
(315) Zwischenvisus	in 1 m	Brille	Kontaktlinsen
rechts Auge	korrigiert auf		
linkes Auge	korrigiert auf		
beide Augen	korrigiert auf		
(316) Nahvisus	in 30-50 m	Brille	Kontaktlinsen
rechts Auge	korrigiert auf		
linkes Auge	korrigiert auf		
beide Augen	korrigiert auf		

(312) Augenmuskelsegleichgewicht (in Prismendioptrien)

Entfernung 5 m	Entfernung 30-50 cm
Orthophorie	Orthophorie
Esophorie	Esophorie
Exophorie	Exophorie
Hyperphorie	Hyperphorie
Hypophorie	Hypophorie
Cyclophorie	Cyclophorie
Tropie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Phorie ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fusionsreserve nicht geprüft <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal <input type="checkbox"/>	

(313) Farbensehen

Pseudoisochromatische Tafeln	Typ
Anzahl der Tafeln	Anzahl der Fehler
Weiterführende Untersuchungen des Farbensehens erforderlich ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Untersuchungsmethode	
farbensicher <input type="checkbox"/>	nicht farbensicher <input type="checkbox"/>

(317) Refraktion

	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nah-Addition
rechts Auge				
linkes Auge				

Angaben basierend auf: Aktuelle Refraktionsmessung Brillenrezept

(318) Brille

ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	(319) Kontaktlinsen
		ja <input type="checkbox"/>
		nein <input type="checkbox"/>
Art:		Art:

(320) Augeninnendruck

rechts (mmHg)	links (mmHg)
Meßmethode:	
	normal <input type="checkbox"/> abnormal <input type="checkbox"/>

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

(322) **Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):**

Hiermit erkläre ich, dass ich bzw. meine Praxisgemeinschaft den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe (hat) und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.

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