

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 _____ 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