

Vorname _____

Name _____

Augenärztlicher Untersuchungsbefund

Geburtsdatum _____

01. Rohvisus:

☐ Rechts _____

☐ Links _____

02. Getragene Gläser:

☐ Rechts _____

☐ Links _____

03. Sehschärfe:

☐ Rechts _____

☐ Links _____

Untersuchungsmethode

04. Wurde eine Laser-OP durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Befund beifügen!

05. Gesichtsfeld:

06. Stereoskopisches Sehen:

07. Farbensehen:

08. Dämmerungssehen:

09. Motilität:

10. Hyperopie in Zyклоplegie:

11. Sonstige Befunde:

Ort, Datum _____

Arztstempel, Unterschrift _____

Kosten für anfallende Untersuchungen und Gutachten können vom Land Sachsen-Anhalt nicht übernommen werden.