Augenärztlicher Untersuchungsbericht

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN — MEDIZINISCH VERTRAULICH

(1) Lizenzierungsbehörde:	(2) beantragtes Tauglichkeitszeugnis: Klasse 1 ☐ Klasse 2 ☐ Klasse 3 ☒	
BUNDESAUFSICHTSAMT FÜR FLUGSICHERUNG (DE)		
(3) Nachname(n):	(4) frühere(r) Familienname(n):	(12) Antrag auf Erstuntersuchung ☐ Verlängerungsuntersuchung ☒ Erneuerungsuntersuchung ☐
(5) Vorname(n):	(6) Geburtsdatum: / (7) Geschlecht männlich ☐ weiblich ☐	(13) Referenz-Nummer des Antragstellers:

(301) Einwilligung zur Weitergabe medizinischer Daten:

Hiermit willige ich in die Weitergabe sämtlicher Informationen dieses Berichtes und einzelner oder aller Unterlagen an den AME und die medizinischen Sachverständigen (MA) der Lizenzierungsbehörde ein. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder die elektronisch gespeicherten Daten für die Vervollständigung der medizinischen Tauglichkeitsuntersuchung verwendet werden und in den Besitz der Lizenzierungsbehörde übergehen und dort unter der Maßgabe verbleiben, dasss mir oder meinem Arzt Einsicht entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften gewährt wird. Die ärztliche Schweigepflicht wird jederzeit gewahrt.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des AME
----------	----------	----------

(302) Untersuchungskategorie:

- Erstuntersuchung ☐
- Verlängerungsuntersuchung ☐
- Erneuerungsuntersuchung ☐
- Verweisung ☐

(303) Ophthalmologische Anamnese:

Klinische Untersuchung

Bitte jedes Formularfeld ausfüllen		normal	nicht normal
(304) äußeres Auge, Lider			
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, Ophthalmoskop)			
(306) Lage und Beweglichkeit			
(307) Gesichtsfelder			
(308) Pupillenreflexe			
(309) Fundus bds. (Ophthalmoskopie)			
(310) Konvergenz	cm		
(311) Akkommodation	dpt		

(312) **Augenmuskelgleichgewicht** (in Prismendioptrien)

Entfernung 5 m/6 m	Entfernung 30-50 cm
Orthophorie	Orthophorie
Esophorie	Esophorie
Exophorie	Exophorie
Hyperphorie	Hyperphorie
Cyclophorie	Cyclophorie
Tropie ja ☐ nein ☐	Phorie ja ☐ nein ☐
Fusionsreserve nicht geprüft ☐	normal ☐ anormal ☐

(313) **Farberkennung**

pseudoisochromatische Tafeln	Ishihara 24 Tafel-Version
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbensehens erforderlich	ja ☐ nein ☐
Untersuchungsmethode:	
farbsicher:	ja ☐ nein ☐

Sehschärfe

(314) Fernvisus

	unkorrigiert		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(315) Zwischenvisus

	unkorrigiert		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(316) Nahvisus

	unkorrigiert		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(317) **Refraktion**	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nahaddition
rechtes Auge				
linkes Auge				

Refraktion bestimmt: ☐ Refraktion aus Brillenpass: ☐

(318) **Brille**

ja ☐ nein ☐

Art:

(319) **Kontaktlinsen**

ja ☐ nein ☐

Art:

(320) **Augeninnendruck**

re. Auge (mmHg):	li. Auge (mmHg):
Meßmethode:	normal ☐ anormal ☐

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

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

Hiermit erkläre ich, dass ich/meine AME-Gruppe den/die in diesem Untersuchungsbericht genannten Bewerber/in persönlich untersucht habe/hat und dass dieser Untersuchungsbericht einschließlich aller Begleitbefunde meine/unsere Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.

(323) Ort und Datum der Untersuchung:	Name, Adresse und Stempel des Augenarztes (Großbuchstaben):	Stempel und Nummer des AME oder Augenarztes:
Unterschrift des AME oder Augenarztes:	E-Mail: Telefon: Telefax:	