



# Augenärztlicher Untersuchungsbericht

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

MEDIZINISCH VERTRAULICH

(1) Staat, in dem der Antrag gestellt wird:	(2) beantragtes Tauglichkeitszeugnis Klasse 1 <input type="checkbox"/> Klasse 2 <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 männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
(13) Referenznummer:		
(301) Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen zu.		
_____ Datum	_____ Unterschrift des Antragstellers	_____ Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen

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

### 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 <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"/> nicht normal <input type="checkbox"/>	

### (313) Farberkennung

pseudoisochromatische Tafeln	Ishihara 24 Tafel-Version
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbsehens erforderlich	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Untersuchungsmethode:	
Farbsicher:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

### (321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

--

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

Hiermit erkläre ich, dass ich den in diesem Untersuchungsbericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und dass dieser Untersuchungsbericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsergebnisse vollständig und korrekt wiedergibt.

(323) Ort und Datum:	Name, Adresse und Stempel des Augenarztes (Großbuchstaben)	Stempel und AME-Referenznummer des flugmedizinischen Sachverständigen
Unterschrift des untersuchenden Arztes	E-Mail: Telefon: Telefax:	

### Sehschärfe

(314) Fernvisus in 5 m/6 m			Brille	Kontaktlinsen
	unkorrigiert			
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(315) Zwischenvision in 1 m			Brille	Kontaktlinsen
	unkorrigiert			
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(316) Nahvisus in 30-50 cm			Brille	Kontaktlinsen
	unkorrigiert			
rechtes Auge		korrigiert auf		
linkes Auge		korrigiert auf		
beide Augen		korrigiert auf		

(317) Refraktion objektiv	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nahaddition
rechtes Auge				
linkes Auge				
Refraktion bestimmt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Refraktion aus Brillenpass: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

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

### (320) Augeninnendruck

re. Auge (mmHg):	li. Auge (mmHg):
Meßmethode:	normal <input type="checkbox"/> nicht normal <input type="checkbox"/>

## Anleitung zum Ausfüllen des augenärztlichen Untersuchungsberichtes

Handschriftliche Eintragungen sind lesbar und in Großbuchstaben vorzunehmen, dabei ist ein Kugelschreiber zu verwenden. Das Ausfüllen in Maschinschrift oder im Druck ist zulässig. Reicht der Platz für die Beantwortung einer Frage nicht aus, ist für ergänzende Angaben ein gesondertes Blatt zu verwenden. Dieses ist mit dem Namen und Vornamen des Bewerbers und mit dem Namen, Vornamen, dem Datum und der Unterschrift des flugmedizinischen Sachverständigen bzw. des untersuchenden Augenarztes zu versehen. Die folgenden nummerierten Erläuterungen beziehen sich auf die nummerierten Überschriften des augenärztlichen Untersuchungsberichtes.

Ein unvollständig oder unleserlich ausgefüllter Untersuchungsbericht kann zur Zurückweisung des Antrags an sich und zur Rücknahme von ausgestellten Tauglichkeitszeugnissen führen. Falsche oder irreführende Angaben durch den Untersucher, sowie die Zurückhaltung von Informationen, die für die Tauglichkeitsbeurteilung wichtig sind, kann zu strafrechtlicher Verfolgung, Versagung des Antrags an sich und/oder Rücknahme von ausgestellten Tauglichkeitszeugnissen führen.

Der flugmedizinische Sachverständige bzw. der Augenarzt haben vor der Durchführung der Untersuchung die Identität des Antragstellers zu prüfen. Der Bewerber ist dann aufzufordern, die Formularfelder 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12 und 13 auszufüllen, im Formularfeld 301 das Datum einzutragen und die Einwilligung zur Weitergabe medizinischer Informationen zu unterzeichnen. Der Untersucher zeichnet als Zeuge gegen.

### 302 Untersuchungskategorie – Kreuzen Sie bitte das zutreffende Feld an.

Erstuntersuchung: Erstuntersuchung für Klasse 1 oder 2. Eine Erstuntersuchung liegt auch dann vor, wenn bereits ein Tauglichkeitszeugnis besteht und erstmalig ein Tauglichkeitszeugnis einer höheren Klasse beantragt wird (z.B. LAPL auf Klasse 2 oder Klasse 2 auf Klasse 1). Geben Sie bitte zusätzlich im Formularfeld 303 „Upgrade“ an.

Eine Verlängerungsuntersuchung ist eine Tauglichkeitsuntersuchung, die zur Verlängerung eines bestehenden, noch gültigen Tauglichkeitszeugnisses der gleichen Klasse durchgeführt wird. Eine Erneuerungsuntersuchung ist eine Tauglichkeitsuntersuchung, die zur Erneuerung eines bestehenden, in seiner Gültigkeit abgelaufenen Tauglichkeitszeugnisses der gleichen Klasse durchgeführt wird.

Eine erweiterte Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung ist eine Tauglichkeitsuntersuchung, die eine umfangreiche augenärztliche Untersuchung beinhaltet (Schwerpunktuntersuchung).

Eine Überweisung liegt vor, wenn eine augenärztliche Untersuchung zur Abklärung von Auffälligkeiten oder Pathologien notwendig oder durch den flugmedizinischen Sachverständigen für erforderlich gehalten wird.

### 303 Ophthalmologische Anamnese – Geben Sie bitte die Anamnese, Bemerkungen oder die Gründe für eine Überweisung an.

### 304 – 309 einschließlich – umfassen die allgemeine klinische Untersuchung. Jedes Formularfeld ist mit normal oder nicht normal zu beantworten. Bitte erläutern Sie jeden nicht normalen Befund im Formularfeld 321, Bemerkungen können Sie ebenso dort angeben.

**310 Konvergenz** – Bestimmen Sie bitte den Nahpunkt der Konvergenz mit einer anerkannten Untersuchungsmethode und geben Sie das Ergebnis in cm an. Geben Sie bitte an, ob das Ergebnis normal oder nicht normal ist. Bitte erläutern Sie jeden nicht normalen Befund im Formularfeld 321, Bemerkungen können Sie ebenso dort angeben.

**311 Akkommodation** – Bestimmen Sie bitte die Akkommodationsbreite mit einer anerkannten Untersuchungsmethode und geben Sie das Ergebnis in Dioptrien an. Geben Sie bitte an, ob das Ergebnis normal oder nicht normal ist. Bitte erläutern Sie jeden nicht normalen Befund im Formularfeld 321, Bemerkungen können Sie ebenso dort angeben.

**312 Augenmuskelgleichgewicht** – Bestimmen Sie bitte das Augenmuskelgleichgewicht in einer Entfernung von 5m oder 6m und in der Nähe bei 30 - 50cm und geben Sie die Ergebnisse an. Bestehen Tropie oder Phorie sind diese entsprechend anzugeben. Weiter ist anzugeben, ob die Fusionsreserve geprüft wurde und ob die Fusionsbreite als normal oder nicht normal beurteilt wird.

**313 Farberkennung** – Geben Sie bitte die Art der verwendeten pseudoisochromatischen Tafeln (Ishihara), die Anzahl der vorgelegten Tafeln und die Anzahl der durch den Bewerber fehlerhaft erkannten Tafeln an. Geben Sie bitte an, ob weiterführende Farbsinnuntersuchungen erforderlich sind, welche Methodik (welche Art von Signallaterne oder Anomaloskop) angewendet wurde und ob der Bewerber als farbensicher oder nicht farbensicher beurteilt wird. Weiterführende Farbsinnuntersuchungen sind üblicherweise nur bei der Erstuntersuchung erforderlich, es sei denn, das Farberkennungsvermögen des Bewerbers hat sich verändert.

**314 - 316 Sehschärfebestimmung in 5m/6m, 1m und in 30-50cm** – Geben Sie bitte die gemessene Sehschärfe in den zutreffenden Formularfeldern an. Wird eine Sehhilfe weder getragen, noch benötigt, streichen Sie bitte die zutreffenden Formularfelder durch. Der Fernvisus ist in 5m oder 6m mit einem zugelassenen Normsehzeichen zu bestimmen.

**317 Refraktion** – Geben Sie bitte die Ergebnisse der Refraktionsbestimmung an. Geben Sie bitte auch an, ob die Angabe der Refraktion bei Untersuchungen der Klasse 2 auf einem Brillenrezept beruht.

**318 Brille** – Geben Sie bitte an, ob der Bewerber eine Brille trägt. Sofern eine Brille getragen wird, geben Sie bitte an, welche Art von Korrekturgläsern verwendet werden (monofokal, bifokal, multifokal, Gleitsicht- oder Lesebrille).

**319 Kontaktlinsen** – Geben Sie bitte an, ob der Bewerber Kontaktlinsen trägt. Sofern Kontaktlinsen getragen werden, geben Sie bitte den Typ aus der folgenden Auswahl an: hart, weich, gasdurchlässig, Einmal-Linsen.

**320 Augeninnendruck** – Bestimmen Sie bitte den Augeninnendruck für das rechte und das linke Auge und geben Sie die Ergebnisse an. Geben Sie an, ob die Ergebnisse normal oder nicht normal sind. Nennen Sie bitte die Bestimmungsmethode, z.B. applanatorisch, berührungsfrei, etc..

**321 Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen** – Geben Sie bitte alle Bemerkungen, nicht normale Befunde und Beurteilungsergebnisse an. Geben Sie auch an, welche Einschränkungen Sie empfehlen. Bestehen Zweifel zu Ergebnissen oder Empfehlungen kann der Untersucher vor der Abgabe des Berichts die Genehmigungsbehörde zur Beratung hinzuziehen.

**322 Erklärung des untersuchenden Arztes** – Unterzeichnen Sie bitte den Bericht. Geben Sie bitte Ihren Namen, Ihre Praxisanschrift mit Telefon und Telefax an und versehen Sie das Formular mit Ihrem Stempel. Flugmedizinische Sachverständige geben bitte auch Ihre Anerkennungsnummer an.

**323 Ort und Datum** – Geben Sie bitte den Ort und das Datum der Untersuchung an. Das Untersuchungsdatum ist das Datum der klinischen Untersuchung und nicht das Datum, an dem der Bericht abgeschlossen wird. Wird der Untersuchungsbericht an einem anderen Datum abgeschlossen, geben Sie dies bitte im Formularfeld 321 an (Bericht abgeschlossen am ....).