SACHSEN-ANHALT
LANDESVERWALTUNGSAMT

Teil B

Augenarztbefund

Nur für Brillen- oder Kontaktlinsenträger!

Name ..... **Vorname** ..... **Geburtsdatum** .....

Erklärung des Patienten

Hiermit versichere ich, dass ich keine DreamLens© (Traumlinsen) getragen habe und auch keine tragen werde.

Ort, Datum ..... **Unterschrift des Patienten** .....

Augenarztbefund

1. Rohvisus	Rechts	Links .....
2. Getragene Gläser	Rechts	Links .....
3. Sehschärfe	Rechts	Links .....
4. Wurde eine Laser-OP durchgeführt?	nein ☐ ja ☐	und zwar am .....
	Ergebnis:	Untersuchungsmethode:
5. Gesichtsfeld	.....	.....
6. Stereoskopisches Sehen	.....	.....
7. Farbsehen	.....	.....
8. Dämmerungssehen	.....	.....
9. Motilität	.....	.....
10. Hyperopie in Zykloplegie	.....	.....

11. Sonstige Befunde:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum ..... **Arztstempel, Unterschrift** .....

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