

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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> | 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.