

Nur für Brillen- / Kontaktlinsenträger!

Augenfachärztlicher Befundbericht

für Frau / Herrn

.....

1. Sehleistung für die Ferne (ohne Korrektur)

Rechts:.....

Links:

2. Sehschärfe für die Ferne (mit Korrektur)

Rechts: mit sphär. Dioptr., zyl. Dioptr., Achse

Links: mit sphär. Dioptr., zyl. Dioptr., Achse

3. Farbensinn

geprüft nach Ishihara und Velhagen:

Ergebnis (Zutreffendes bitte ankreuzen)

farhentüchtig Fehlerzahl:

farbenuntüchtig Diagnose:

4. Stereoskopisches Sehen (ohne Korrektur)

(unter Angabe des Testverfahrens)

..... Winkelsekunden Testverfahren

nicht vorhanden

5. Dämmerungssehvermögen

(Ergebnis / Methode)

6. Blendempfindlichkeit

(Ergebnis / Methode)

7. Sonstige Befunde

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift / Arztstempel