

Augenärztlicher Befundbericht

für Frau/Herrn

Name, Vorname, Geburtsdatum

Wohnanschrift (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer)

1. Sehschärfe für die Ferne

ohne Korrektur rechts:		mit Korrektur rechts:		Dioptrie rechts:	
ohne Korrektur links:		mit Korrektur links:		Dioptrie links:	

2. Sehschärfe für die Nähe

ohne Korrektur rechts:		mit Korrektur rechts:		Dioptrie rechts:	
ohne Korrektur links:		mit Korrektur links:		Dioptrie links:	

3. Bei Hyperopie

Grad der Hyperopie in Cycloplegie rechts:	
Grad der Hyperopie in Cycloplegie links:	

4. Farbensinn (geprüft nach Ishihara)

Ergebnis farbentüchtig:		*
Ergebnis farbenuntüchtig:		*

* zutreffendes ankreuzen

Werden mehr als 2 Farbtafeln nicht richtig erkannt, bitte den Anomalquotient bestimmen!

Anomalquotient:		Diagnose:	
-----------------	--	-----------	--

5. Stereoskopische Sehleistung (Timusfliege, Lang-Test)

Winkelsekunden:	
-----------------	--

6. Lichtsinn (Nyktometer)

Umfeldleuchtdichte 0,032 cd/m ² Kontrast 1:	
Umfeldleuchtdichte 0,1 cd/m ² Kontrast 1:	

7. Gesichtsfeld

Ergebnis nicht eingeeengt:		*
Ergebnis eingeeengt:		*

* Zutreffendes ankreuzen

8. Sonstige Befunde/Bemerkungen

Ort, Datum, Facharztstempel, Unterschrift der Fachärztin/des Facharztes