



# AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN. ANLEITUNG BEACHTEN

VERTRAULICH

|   |                                    |   |                            |                            |                                 |
|---|------------------------------------|---|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| (1) JAA-Staat, in dem der Antrag gestellt wird: | (2) beantragte Tauglichkeitsklasse |   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | andere <input type="checkbox"/> |
| (3) Familienname:                               | (4) Früherer Familienname:         | (12) Antrag auf<br>Erstuntersuchung <input type="checkbox"/><br><br>Erneuerungs-/<br>Verlängerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> |                            |                            |                                 |
| (5) Vorname:                                    | (6) Geburtsdatum:                  | (7) Geschlecht  | (13) Referenz-Nummer:      |                            |                                 |
|   |                                    | männlich <input type="checkbox"/><br>weiblich <input type="checkbox"/>  |                            |                            |                                 |

(301) **Einverständniserklärung:** Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen und für den Fall einer Überprüfung der Zuverlässigkeit/Tauglichkeit an die für die Erteilung meiner Lizenz zuständige Stelle, den flugmedizinischen Bereich des Luftfahrt-Bundesamtes und sofern erforderlich, den flugmedizinischen Bereich der Behörde eines JAA-Mitgliedstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherte Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und entsprechend den nationalen Rechtsvorschriften an den flugmedizinischen Bereich des Luftfahrt-Bundesamtes weitergeleitet werden. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des flugmed. Sachverständ. (Zeuge)

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| (302) Untersuchungskategorie                                    | (303) Ophthalmologische Anamnese: |
| Erstuntersuchung <input type="checkbox"/>                       |                                   |
| Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> |                                   |
| erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung <input type="checkbox"/>  |                                   |
| Sonstige Untersuchung <input type="checkbox"/>                  |                                   |

**Klinische Untersuchung:**  
jedes Kästchen ausfüllen

|  | normal | abnormal |
|--|--------|----------|
| (304) äußeres Auge, Lider                                    |        |          |
| (305) vorderer Augenabschnitt<br>(Spaltlampe, Ophthalmoskop) |        |          |
| (306) Lage und Beweglichkeit                                 |        |          |
| (307) Gesichtsfeld   |        |          |
| (308) Pupillenreflexe  |        |          |
| (309) Fundus bds. (Ophthalmoskopie)                          |        |          |
| (310) Konvergenz   | cm     |          |
| (311) Akkommodation  | Dpt.   |          |

(312) Augenmuskelsegleichgewicht (in Prismendioptrien)

| Entfernung 5 m  | Entfernung 30-50 cm  |
|---|--|
| Orthophorie   | Orthophorie  |
| Esophorie   | Esophorie  |
| Exophorie   | Exophorie  |
| Hyperphorie   | Hyperphorie  |
| Hypophorie  | Hypophorie   |
| 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"/> abnormal <input type="checkbox"/> |  |

(313) Farbsehen

|   |   |
|---|---|
| Pseudoisochromatische Tafeln                              | Typ   |
| Anzahl der Tafeln   | Anzahl der Fehler   |
| Weiterführende Untersuchungen des Farbsehens erforderlich | ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Untersuchungsmethode                                      |   |
| farbensicher <input type="checkbox"/>                     | nicht farbensicher <input type="checkbox"/>               |

(321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:

(322) **Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):**  
Hiermit erkläre ich, dass ich bzw. meine Praxismgemeinschaft den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe (hat) und dass dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.

|                         |   |  |
|-------------------------|---|--|
| (323) Ort und Datum:    | Name und Adresse des Augenarztes (Großbuchstaben) | Stempel des flugmedizinischen Sachverständigen oder Facharztes |
| Unterschrift des Arztes | Telefon:  |  |
|                         | Telefax:  |  |

**Sehschärfe**

|                     |                |        |               |
|---------------------|----------------|--------|---------------|
| (314) Fernvisus     | in 5 m         | Brille | Kontaktlinsen |
| rechts Auge         | korrigiert auf |        |               |
| linkes Auge         | korrigiert auf |        |               |
| beide Augen         | korrigiert auf |        |               |
| (315) Zwischenvisus | in 1 m         | Brille | Kontaktlinsen |
| rechts Auge         | korrigiert auf |        |               |
| linkes Auge         | korrigiert auf |        |               |
| beide Augen         | korrigiert auf |        |               |
| (316) Nahvisus      | in 30-50 m     | Brille | Kontaktlinsen |
| rechts Auge         | korrigiert auf |        |               |
| linkes Auge         | korrigiert auf |        |               |
| beide Augen         | korrigiert auf |        |               |

(317) Refraktion

|             |           |             |       |              |
|-------------|-----------|-------------|-------|--------------|
|             | sphärisch | zylindrisch | Achse | Nah-Addition |
| rechts Auge |           |             |       |              |
| linkes Auge |           |             |       |              |

Angaben basierend auf: Aktuelle Refraktionsmessung  Brillenrezept

(318) Brille

|                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Art:                        | Art:                          |

(319) Kontaktlinsen

|                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------|-------------------------------|

(320) Augeninnendruck

|               |   |
|---------------|---|
| rechts (mmHg) | links (mmHg)  |
| Meßmethode:   | normal <input type="checkbox"/> abnormal <input type="checkbox"/> |