

AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Österreich

Vertraulich

(1) JAA Staat, in dem der Antrag gestellt wird:	(2) Beantragte Tauglichkeitsklasse:	☐ 1	☐ 2	☐ 3 (ATC)	☐ Sonstige
(3) Familienname:	(4) früherer Familienname:	(12) Antrag auf: ☐ Erstuntersuchung ☐ Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung			
(5) Vorname:	(6) Geburtsdatum:	(7) Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich	(13) System Referenznummer:		
(8) Geburtsort und -staat:	(9) Staatsangehörigkeit:	(14) Art der beantragten Lizenz:			
(301) Einverständniserklärung: Hiermit stimme ich der Weitergabe aller in diesem Bericht enthaltenen Informationen und aller Anlagen an den flugmedizinischen Sachverständigen, die medizinische Behörde und, sofern erforderlich, die Abteilung Flugmedizin eines anderen Mitgliedsstaates zu. Ich nehme zur Kenntnis, daß diese Unterlagen oder elektronisch gespeicherten Daten für die medizinische Begutachtung verwendet werden müssen und, vorausgesetzt, daß mir oder meinem Arzt in Übereinstimmung mit nationalen Rechtsvorschriften Einsicht gewährt wird, in das Eigentum der Behörde übergehen. Die ärztliche Schweigepflicht ist jederzeit gewährleistet.					
Datum		Unterschrift des Antragstellers		Unterschrift des flugmedizin. Sachverständigen (Zeuge)	

(302) Untersuchungskategorie: ☐ Erstuntersuchung ☐ erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung ☐ Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung ☐ Sonstige Untersuchung	(303) Ophthalmologische Vorgeschichte:
--	--

Klinische Untersuchung:		normal	abnormal
jedes Kästchen ausfüllen			
(304) äußeres Auge, Lider		☐	☐
(305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe,		☐	☐
(306) Lage und Beweglichkeit		☐	☐
(307) Gesichtsfeld (Konfrontation)		☐	☐
(308) Pupillenreflexe		☐	☐
(309) Fundi (Ophthalmoskopie)		☐	☐
(310) Konvergenz	cm	☐	☐
(311) Akkommodation	D	☐	☐

(312) Augenmuskelgleichgewicht (in Prismendioptrien)			
Ferne in 5/6 m		Nähe in 30-50 cm	
Orthophorie		Orthophorie	
Esophorie		Esophorie	
Exophorie		Exophorie	
Hyperphorie		Hyperphorie	
Cyclophorie		Cyclophorie	
Tropie	☐ ja ☐ nein	Phorie	☐ ja ☐ nein
Fusionsreserve:	☐ nicht geprüft ☐ normal ☐ abnormal		

(313) Farbensehen	
Pseudoisochromatische Tafeln	Typ:
Anzahl der Tafeln:	Anzahl der Fehler:
Weiterführende Untersuchungen des Farbensehens	☐ ja ☐ nein
Untersuchungsmethoden	
☐ farbensicher	☐ nicht farbensicher

Sehschärfe:		Brille	Kontaktlinsen
(314) Fernvisus (in 5/6 m)			
rechtes Auge		korrigiert auf	
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(315) Zwischenvisus (in 1 m)		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf	
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(316) Nahvisus (in 30-50 cm)		Brille	Kontaktlinsen
rechtes Auge		korrigiert auf	
linkes Auge		korrigiert auf	
beide Augen		korrigiert auf	

(317) Refraktion	sphärisch	zylindrisch	Achse	Nah-Addition
rechtes Auge				
linkes Auge				
☐ aktuelle Refraktion untersucht ☐ Brillenrezept				

(318) Brille	(319) Kontaktlinsen
☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Art:	Art:

(320) Augeninnendruck			
Rechts	mmHg	Links	mmHg
Meßmethode:			
☐ normal ☐ abnormal			

(321) Augenärztliche Bemerkungen und Empfehlungen:	

(322) Erklärung des untersuchenden Arztes (Augenarztes):		
Hiermit erkläre ich, daß ich den in diesem Bericht genannten Bewerber persönlich untersucht habe und daß dieser Bericht einschließlich aller Begleitbefunde meine Untersuchungsbefunde vollständig und korrekt wiedergibt.		
(323) Ort und Datum:	Name und Adresse des Augenarztes (Großbuchstaben)	Nummer des flugmedizinischen Sachverständigen oder Facharztes
Unterschrift des Arztes		
	Telefon:	
	Telefax:	