

# 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 <sup>2</sup> Kontrast 1:	
Umfeldleuchtdichte 0,1 cd/m <sup>2</sup> Kontrast 1:	

## 7. Gesichtsfeld

Ergebnis nicht eingeeengt:		*
Ergebnis eingeeengt:		*

\* Zutreffendes ankreuzen

## 8. Sonstige Befunde/Bemerkungen

---

---

---

---

---

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