

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)

farbentüchtig Fehlerzahl: .....

farbenuntüchtig Diagnose: .....

### 4. Stereoskopisches Sehen (ohne Korrektur)

..... Winkelsekunden

nicht vorhanden

### 5. Dämmerungssehvermögen

(Ergebnis / Methode)

### 6. Blendempfindlichkeit

(Ergebnis / Methode)

### 7. Sonstige Befunde

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift / Arztstempel