

AUGENÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBERICHT

BITTE IN GROSSBUCHSTABEN AUSFÜLLEN, ANLEITUNG BEACHTEN

Österreich

Vertraulich

| | | |
|--|--|--|
| (1) JAA Staat, in dem der Antrag gestellt wird: | (2) Beantragte Tauglichkeitsklasse: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (ATC) <input type="checkbox"/> Sonstige | |
| (3) Familienname: | (4) früherer Familienname: | (12) Antrag auf: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/Erneuerungsuntersuchung |
| (5) Vorname: | (6) Geburtsdatum: | (7) Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| (8) Geburtsort und -staat: | (9) Staatsangehörigkeit: | (13) System Referenznummer: |
| (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: <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> erweiterte (Schwerpunkt) Untersuchung <input type="checkbox"/> Verlängerungs-/ Erneuerungsuntersuchung <input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchung | (303) Ophthalmologische Vorgeschichte: |
|--|--|

Klinische Untersuchung:
jedes Kästchen ausfüllen

| | normal | abnormal |
|--|--------------------------|--------------------------|
| (304) äußeres Auge, Lider | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (305) vorderer Augenabschnitt (Spaltlampe, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (306) Lage und Beweglichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (307) Gesichtsfeld (Konfrontation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (308) Pupillenreflexe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (309) Fundi (Ophthalmoskopie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (310) Konvergenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (311) Akkommodation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Phorie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Fusionsreserve: <input type="checkbox"/> nicht geprüft <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> abnormal | |

(313) Farbensehen

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

Sehschärfe:

(314) Fernvisus (in 5/6 m) Brille Kontaktlinsen

| | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| rechtes Auge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| linkes Auge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beide Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(315) Zwischenvisus (in 1 m) Brille Kontaktlinsen

| | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| rechtes Auge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| linkes Auge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beide Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(316) Nahvisus (in 30-50 cm) Brille Kontaktlinsen

| | | | | |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| rechtes Auge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| linkes Auge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beide Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(317) Refraktion sphärisch zylindrisch Achse Nah-Addition

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| rechtes Auge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| linkes Auge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> aktuelle Refraktion untersucht <input type="checkbox"/> Brillenrezept | | | | |

(318) Brille (319) Kontaktlinsen

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

(320) Augeninnendruck

| | | | |
|---|------|-------|------|
| Rechts | mmHg | Links | mmHg |
| Meßmethode: | | | |
| <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> 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: | |