Teil B

Augenarztbefund

Nur für Brillen- oder Kontaktlinsenträger!

JOB MIT VERANTWORTUNG UND ANSPRUCH
#BeaJVD

SACHSEN-ANHALT
Ministerium für Justiz und Gleichstellung

Name ..... **Vorname** ..... **Geburtsdatum** .....

Erklärung des Patienten

Hiermit versichere ich, dass ich keine DreamLens© (Traumlinsen) getragen habe und auch keine tragen werde.

Ort, Datum ..... **Unterschrift des Patienten** .....

Augenarztbefund

1.	Rohvisus	Rechts	Links	
2.	Getragene Gläser	Rechts	Links	
3.	Sehschärfe	Rechts	Links	
4.	Wurde eine Laser-OP durchgeführt?	nein ☐	ja ☐	und zwar am .....
		Ergebnis:		Untersuchungsmethode:
5.	Gesichtsfeld	.....	.....	
6.	Stereoskopisches Sehen	.....	.....	
7.	Farbsehen	.....	.....	
8.	Dämmerungssehen	.....	.....	
9.	Motilität	.....	.....	
10.	Hyperopie in Zykloplegie	.....	.....	

11. Sonstige Befunde:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum ..... **Arztstempel, Unterschrift** .....

Kosten für anfallende Untersuchungen und Gutachten können vom Land Sachsen-Anhalt nicht übernommen werden.

Herausgegeben vom Ministerium für Justiz und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt, Referat 301, Domplatz 2 - 4, 39104 Magdeburg
Tel.: 0391-5676075, Fax: 0391-5676184, E-Mail: BeaJVD@mj.sachsen-anhalt.de, Internet: www.mj.sachsen-anhalt.de

www.BeaJVD.sachsen-anhalt.de