Zentraldienst der Polizei des Landes Brandenburg
Polizeiärztlicher Dienst

# Augenärztlicher Befundbericht

(nach DIN 58220)

Name, Vorname Geburtsdatum

Wohnanschrift (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer)

☐ **1. Sehschärfe für die Ferne**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ohne Korrektur re.: | | mit Korrektur re.: | | Dioptrie re.: | |
| ohne Korrektur li.: | | mit Korrektur li.: | | Dioptrie li.: | |

☐ **2. Sehschärfe für die Nähe**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ohne Korrektur re.: | | mit Korrektur re.: | | Dioptrie re.: | |
| ohne Korrektur li.: | | mit Korrektur li.: | | Dioptrie li.: | |

☐ **3. Farbsinn** (geprüft nach Ishihara/ Fehlhagen)

| | |
|---|---|
| Ergebnis Farbentüchtigkeit: | ☐ * |
| Ergebnis Farbenuntüchtigkeit: | ☐ * |

* Zutreffendes ankreuzen

*Werden mehr als 2 Farbtafeln nicht richtig erkannt, bitte die Diagnose angeben!*

| | |
|---|---|
| Diagnose bei Farbschwäche/Farbenuntüchtigkeit | |

☐ **4. Stereoskopische Sehleistung** (Titmusfliege, Lang-Test)

| | |
|---|---|
| Winkelsekunden: | |

☐ **5. Lichtsinn** (Nyktometer)

| | |
|---|---|
| Umfeldleuchtdichte 0,032 cd/m² Kontrast 1: | |
| Umfeldleuchtdichte 0,1 cd/m² Kontrast 1: | |

☐ **6. Gesichtsfeld**

| | |
|---|---|
| Ergebnis nicht eingeengt: | ☐ * |
| Ergebnis eingeengt: | ☐ * |

*zutreffendes ankreuzen

**7. Sonstige Befunde/Bemerkungen**

Datum, Praxisstempel, Unterschrift der Fachärztin/des Facharztes