Augenarztbefund

Nur für Brillen- oder Kontaktlinsenträger!

JOB MIT VERANTWORTUNG UND ANSPRUCH

SACHSEN-ANHALT
Ministerium für Justiz und Verbraucherschutz

Teil B

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 Verbraucherschutz des Landes Sachsen-Anhalt, Referat PM2, Domplatz 2 - 4, 39104 Magdeburg
Tel.: 0391-5676075, Fax: 0391-5676184, E-Mail: mj.bewerbung@sachsen-anhalt.de, Internet: www.justizkarriere.sachsen-anhalt.de

www.justizkarriere.sachsen-anhalt.de