

Augenärztlicher Befund

bbs nürnberg
Schulsekretariat
Brieger Straße 21
90471 Nürnberg

Telefon: 0911 8967-201
Kopie an: Gesundheitsstation
 Gruppe
Datum:

Name:	geboren:
-------	----------

Anamnese/Diagnose:	
s. c. rechts c. c.	s. c. links c. c.
_____	_____
Fernvisus	
_____	_____
Nahvisus	
Gesichtsfeldprüfung bitte durchführen und bei eingeschränktem Gesichtsfeld Diagnoseblatt beifügen. Gesichtsfeld: <input type="checkbox"/> eingeschränkt, siehe Beilage <input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> nicht messbar	
Farbsinnprüfung:	
Ständige Hilfsmittel:	
Regelmäßige Medikamenteneinnahme:	
Vorsichtsmaßnahmen und Einschränkungen beim Sport:	
Sonstiges:	
Augenärztliche Untersuchungen sind erforderlich im Abstand von:	
Bemerkung:	

/

Ort, Datum

Arzt, Stempel und Unterschrift