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