

Sehtest FeV Gruppe 2 mit Landoltringen (Optovist)

Name <input type="text"/>		Entfernungen		Datum <input type="text"/>	
Vorname <input type="text"/>		Nahbereich	0.40m	<input type="text"/>	
Straße/Nr. <input type="text"/>		Zwischenbereich	0.67m	<input type="text"/>	
PLZ / Ort <input type="text"/>		Fernbereich	unendlich	<input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>		Sehhilfe		Prüfer / Stempel <input type="text"/>	
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille			
		<input type="checkbox"/> Nahbrille <input type="checkbox"/> Spez. Bildschirmbrille			
		<input type="checkbox"/> Fernbrille <input type="checkbox"/> Mehrstärkenbrille			
		<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Sehhilfe getönt			
		<input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>			

Sehschärfe	0.63	<input type="checkbox"/>							
	Rechtes Auge	0.8	<input type="checkbox"/>						
	Fernbereich	1.0	<input type="checkbox"/>						
		1.25	<input type="checkbox"/>						

Kontrast	40%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rechtes Auge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unendlich	20%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sehschärfe	0.63	<input type="checkbox"/>							
	Linkes Auge	0.8	<input type="checkbox"/>						
	Fernbereich	1.0	<input type="checkbox"/>						
		1.25	<input type="checkbox"/>						

Kontrast	15%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rechtes Auge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unendlich	10%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sehschärfe	0.63	<input type="checkbox"/>							
	Binokular	0.8	<input type="checkbox"/>						
	Fernbereich	1.0	<input type="checkbox"/>						
		1.25	<input type="checkbox"/>						

Kontrast	40%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Linkes Auge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unendlich	20%	0.25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stereotest	1. Bild	obere Zeile, Position 4 erkannt	200'	<input type="checkbox"/>
	Binokular	untere Zeile, Position 2 erkannt	96'	<input type="checkbox"/>
		2. Bild	obere Zeile, Position 3 erkannt	96'
	Fernbereich	untere Zeile, Position 4 erkannt	40'	<input type="checkbox"/>
		3. Bild	obere Zeile, Position 1 erkannt	70'
		untere Zeile, Position 3 erkannt	14'	<input type="checkbox"/>

Kontrast	15%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Linkes Auge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unendlich	10%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Farbsehen Gerät	Farbnormal erkannt	ja	nein	ja	nein		
	Binokular	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nahbereich	29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kontrast	40%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Binokular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unendlich	20%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Farbsehen Velhagen	Bitte prüfen Sie die Farbsehfähigkeit des Probanden mit Hilfe der Velhagen-Farbtafeln.	
	Binokular	<input type="checkbox"/> Velhagen-Farbtafeln richtig erkannt
	Nahbereich	<input type="checkbox"/> Velhagen-Farbtafeln falsch erkannt

Kontrast	15%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Binokular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unendlich	10%	0.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dämmerung	1 : 23	0		<input type="checkbox"/>
Binokular				
Unendlich	1 : 5	0		<input type="checkbox"/>

Dämmerung	1 : 2.7	0.1		<input type="checkbox"/>
Binokular				
Unendlich	1 : 2	0.1		<input type="checkbox"/>

zusätzliche Untersuchungen		Bemerkung
Hyperopie-Test	Verdacht auf Hyperopie Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	_____
Beurteilung	keine Bedenken <input type="checkbox"/>	_____
	keine Bedenken unter Voraussetzungen <input type="checkbox"/>	_____
	augenärztliche Untersuchung empfohlen <input type="checkbox"/>	_____
