

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Nicht jede Sehstörung schliesst Sie von einer Pilotenlaufbahn aus. Unter gewissen Bedingungen können auch Brillen- / Kontaktlinsenträger zugelassen werden. Falls Sie eine der unten stehenden Fragen mit Ja beantworten, bitten wir Sie, das Formular von Ihrem Augenarzt oder Optiker vollständig ausfüllen zu lassen. Falls eine Operation gemacht wurde, ist zusätzlich ein ausführlicher ärztlicher Bericht darüber erforderlich.

Sind Sie Brillen- / Kontaktlinsenträger? Ja  Nein

Wurde bei Ihnen eine Augen- bzw. Hornhautoperation durchgeführt? Ja  Nein

Leiden Sie an einer Farbsehstörung? Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

## Vom untersuchenden Augenarzt oder Optiker auszufüllen

**Unkorrigierte Sehschärfe**      Ferne:      rechts \_\_\_\_\_      links \_\_\_\_\_  
Nähe:      rechts \_\_\_\_\_      links \_\_\_\_\_

**Korrigierte Sehschärfe**      Ferne:      rechts \_\_\_\_\_      links \_\_\_\_\_  
Nähe:      rechts \_\_\_\_\_      links \_\_\_\_\_

## Korrektur (Kontaktlinsenträger: Bitte Werte für Kontaktlinsen und Brille angeben)

<b>Brille</b>	rechts: sph	cyl	A	links: sph	cyl	A
<b>Kontaktlinsen</b>	rechts: sph	cyl	A	links: sph	cyl	A

Ishihara-Test (Farbsehen): \_\_\_\_\_ Anzahl Fehler: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift  
des untersuchenden Augenarztes/Optikers: \_\_\_\_\_