



Angaben über das Sehvermögen

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 untenstehenden 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)

Brille rechts: sph cyl A links: sph cyl A
Kontaktlinsen rechts: sph cyl A links: sph cyl A

Ishihara-Test (Farbsehen): Anzahl Fehler:

Datum:

**Stempel und Unterschrift
des untersuchenden Augenarztes/Optikers:**