

Merkblatt Sehfähigkeit

Für die Bewerberin oder den Bewerber:

Polizeivollzugsbeamtinnen und Polizeivollzugsbeamte müssen zur Wahrnehmung polizeilicher Aufgaben und zu Ihrem eigenen Schutz über eine gute Funktionsfähigkeit der Augen verfügen. Haben Sie Hinweise darauf, dass bei Ihnen eine Einschränkung der Sehleistung, des Farbunterscheidungsvermögens, des räumlichen Sehens, der Dämmerungssehschärfe mit oder ohne Blendung sowie des Gesichtsfeldes vorliegt, so ist eine augenärztliche Untersuchung erforderlich.

Wenn Sie eine Sehhilfe tragen oder bei Ihnen eine Fehlsichtigkeit operativ (Laser) korrigiert wurde, so muss eine augenärztliche Untersuchung in jedem Fall durchgeführt werden.

Bitte führen Sie zum Untersuchungstermin Ihren Personalausweis mit und legen diesen in der Praxis vor.

Hinweis: Kosten für eine augenfachärztliche Untersuchung und Bescheinigung werden von der Bundespolizei **nicht** übernommen!

Für die Augenfachärztin oder den Augenfacharzt:

Wenn eine Bewerberin oder ein Bewerber Sie aufsucht, bitten wir Sie, für den Befundbericht die Seite 2 dieses Merkblattes zu benutzen und zu jedem Punkt (1-6) Stellung zu nehmen.

Die Untersuchungsmethode hat unter Verwendung von Landoltringen zu erfolgen, da diese Methode der EN ISO 8596 entspricht und für die Beurteilung der Polizeidiensttauglichkeit erforderlich ist.

Die Bewerberin oder der Bewerber legt Ihnen zum Untersuchungstermin einen Personalausweis vor.

Bitte notieren Sie die Personalausweisnummer und bestätigen die Angaben auf Seite 2 (oben) mit Ihrem Praxisstempel und Unterschrift.

Vielen Dank!



Augenärztlicher Befundbericht

Familien-/Geburtsname	
Ruf-/Vorname(n)	
geboren am	
Straße	
Wohnort	

ausgewiesen durch Personalausweisnummer: _____

Untersuchungsdatum: _____

Zentrale Sehschärfe ohne Glas (Ferne): R _____ mit Glas: R _____
 L _____ L _____

2. Zentrale Sehschärfe ohne Glas (Nähe): R _____ mit Glas: R _____
 L _____ L _____

3. a) Schliffstärke der Gläser: R _____
 (bei sphärischen Plusgläsern ist eine Untersuchung in Zykloplegie erforderlich) L _____

3. b) Bei Hyperopie/latente Hyperopie: R _____
 (Dioptrien in Zykloplegie) L _____

4. Farbensinn: geprüft nach Ishihara, Velhagen oder Panel D 15 Fehleranzahl: _____
 geprüft mit einem anderen Testsystem (bitte angeben):

Ergebnisse: farbentüchtig farbenuntüchtig

5. Diagnosen: _____

6. Sonstige Befunde oder Bemerkungen: _____

 Ort, Datum

 Unterschrift und Stempel der Augenärztin/des Augenarztes