

Merkblatt

Augenärztliche Stellungnahme nach refraktionschirurgischem Eingriff

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 Farbumterscheidungsvermögens, des räumlichen Sehens, der Dämmerungssehschärfe mit oder ohne Blendung sowie des Gesichtsfeldes vorliegt, so ist eine Untersuchung der Augenfunktion durch eine Augenärztin/einen Augenarzt oder eine Optikerin/einen Optiker erforderlich (siehe Merkblatt Sehfähigkeit).

Wenn 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 (1-5) Stellung zu nehmen.

Die Bewerberin oder der Bewerber legt Ihnen zum Untersuchungstermin den Personalausweis vor. Bitte bestätigen Sie die Angaben auf Seite 2 mit Ihrem Praxisstempel und Unterschrift.

Vielen Dank!



Augenärztliche Stellungnahme nach refraktionschirurgischem Eingriff

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

ausgewiesen durch Personalausweis

Untersuchungsdatum: _____

1. Datum des Abschlusses der refraktionschirurgischen Behandlung:

2. Behandlungsmethode: _____

Ggf. Nebenwirkungen der refraktionschirurgischen Behandlung:

3. Präoperativer Korrekturbedarf (ggf. sphärisches Äquivalent)

Ferne:

Nähe:

R: _____

R: _____

L: _____

L: _____

4. Prognostische Einschätzung hinsichtlich Stabilität des
Behandlungsergebnisses

5. Sonstige Befunde oder Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Augenärztin/des Augenarztes