

Anstelle Vornamen nur O Frau oder O Mann		Nachname (wird nur so erfasst) GERMANY		HAS ID /GMS Nummer / Teilnehmernr.	
Datum	O männl.	O weibl.	Geburtsdatum . . . / . . /	Alter (Jahre) O unsicher	
Veranstaltung		Location:		O Athlet O Unified Partner Sport	
Delegation			Region		Country:

Vorgeschichte

Wann war die letzte Augenprüfung?

- innerhalb eines Jahres
- vor 1-3 Jahren
- länger als 3 Jahre her
- nie geprüft
- unbekannt

Liegt eine der folgenden Auffälligkeiten vor?

- Sehprobleme Ferne Nähe
- Kopfschmerzen Lichtempfindlichkeit
- Doppelbilder Ferne Nähe

Special Olympics
Lions Clubs International
Opening Eyes®



Werden Sehhilfen benutzt? (Brille oder Kontaktlinse)?

- Standardsehhilfe dauernd nur Nähe nur

Ja Nein

- Sportbrille Kontaktlinsen weich hart

Ferne

Mit welcher Sehhilfe wird der Test durchgeführt?

- ohne Sehhilfe mit Brille mit Kontaktlinsen

Rechts
Links

Sph	Cyl	Achse	ADD

Visus

Ferne		OD 20 / <input type="checkbox"/> nicht prüfbar		OS 20 / <input type="checkbox"/> nicht prüfbar	
<input type="checkbox"/> Lea	<input type="checkbox"/> Walk up	<input type="checkbox"/> Lichtprojektion	<input type="checkbox"/> Lichtwahrnehmung	<input type="checkbox"/> Walk up	<input type="checkbox"/> Lichtprojektion
		<input type="checkbox"/> keine Lichtwahrnehmung	<input type="checkbox"/> keine Lichtwahrnehmung		<input type="checkbox"/> keine Lichtwahrnehmung
Andere			Andere		

Nähe		OU 20 / <input type="checkbox"/> nicht prüfbar		Andere:	
<input type="checkbox"/> Lea	<input type="checkbox"/> Lichtprojektion	<input type="checkbox"/> Lichtwahrnehmung	<input type="checkbox"/> keine Lichtwahrnehmung		

Cover test

- Ferne** nicht prüfbar
 ortho phorie range 02-99 ____
 Lat. Nystagmus eso exo hyper

- tropie range 02-99 ____
 eso exo hyper
 hypereso hyperexo Constant Intermittierend

- Nähe** nicht prüfbar
 ortho phorie range 02-99 ____ tropie range 02-99 ____
 eso exo hyper hyper/eso hyper/exo konstant Intermittierend

Farbsehen	<input type="checkbox"/> nicht prüfbar	CVME	Vers 1 ____ / 9 weniger als 8/9 Versuch 2 ____ / 9
		Colorv:	____/14 Symbole (ohne Demo-Karte)
Stereopsis	<input type="checkbox"/> nicht prüfbar	____ / 6 <input type="checkbox"/> RDE <input type="checkbox"/> PASS	

Autorefraktion

	Sph	Cyl	Achse
<input type="checkbox"/> nicht prüfbar OD			
<input type="checkbox"/> nicht prüfbar OS			

Gesundheit VA

- OD** nicht prüfbar **OS** nicht prüfbar
 Normal Lidanomalie Pterygium/pinguecula Normal Lidanomalie Pterygium/pinguecula
 Blepharitis Corneale Anomalie Blepharitis Corneale Anomalie
 Nystagmus Conjunctivitis Iris Anomalie Conjunctivitis Iris Anomalie
 Ptosis Ptosis

Anomalie:

Intern

- OD** nicht prüfbar **OS** nicht prüfbar
 Normal Cataract Netzhautanomalie Normal Cataract Netzhautanomalie
 Colobom Sehnervanomalie Colobom Sehnervanomalie
 Glaukomverdacht Glaukomverdacht

Anomalie:

IOP

- OD ____ OS ____ **Pupillen** Normal Anormal: ____
 nicht prüfbar Icare Noncontact nicht prüfbar

Skioskopie

OD	20/	OS	20/	Add
Refraktion OD	20/	OS	20/	20/

Empfehlung

- neue Korrektur PD ____/____
- keine Brille empf. kein Brillenwechsel empf. **Sonnenbrille (plan)**
- Dauerkorrektur** **nur Fernbrille** **nur Nahbrille**

	Sph	Cyl	Achse	Fernvisus	Nahvisus OU	ADD
Rechts				20 / ____	20 / ____	
Links				20 / ____		

Sportbrille

	O Plan		O mit Korrektur	
Rechts			20 / ____	20 / ____
Links			20 / ____	

Überweisung

Überwiesen an

- AO/Optomestrist Augenarzt Allgemeinarzt/Hausarzt Neurologe Anderer: _____

Dringende Überweisung Ja Nein

Kommentare: