



Augenärztlicher Befundbericht

Für die zur Vorlage bei der ärztlichen Untersuchungsstelle des Polizeipräsidenten in Berlin bestimmte nachfolgende Bescheinigung entbinde ich hiermit den unterzeichnenden Arzt von der gesetzlichen Schweigepflicht. Kosten, die durch beizubringende Untersuchungen bzw. Berichte entstehen, werden von der Berliner Feuerwehr nicht übernommen!

X _____

Ort, Datum, Unterschrift des Bewerbers/der Bewerberin oder Erziehungsberechtigten

Grundsätzlich müssen erfüllt sein:

- Die Anforderung an die zentrale Tagessehschärfe beträgt 1,0 / 0,8.
- Liegt die zentrale Tagessehschärfe ohne Brille unterhalb dieser Grenze, muss der Ausgleich mit einer korrigierenden Sehhilfe erreicht werden.
- Die optimale Korrektur darf ± 3 Dioptrien nicht überschreiten.
- Die unkorrigierte Sehschärfe darf 0,5 / 0,5 nicht unterschreiten.
- Gefordert ist ein ausreichendes Farbsehen, beim Vorliegen einer Rotschwäche ist ein Anomaliequotient unter 0,5 unzulässig.

Es dürfen keine akuten, chronischen, progredienten oder bleibenden pathologischen Veränderungen der Augen oder ihrer Anhangsorgane bestehen, die zur Beeinträchtigung des Feuerwehrdienstes führen können. Folgende Sehleistungen sind daher zu prüfen:

- a) Sehschärfe
- b) räumliches Sehen
- c) Farbsehen
- d) Gesichtsfeld
- e) Lichtsinn

Folgende Erkrankungen schließen eine Feuerwehrdienstfähigkeit aus:

- Einäugigkeit
- Eine nicht ausreichende Sehleistung (Visus, Ferne, Stereosehen, Farbsehen, Gesichtsfeld, Lichtsinn)
- Glaukom
- Katarakt
- chronisch rezidivierende Uveitis

Eine Beurteilung der Feuerwehrdienstfähigkeit nach erfolgter Laser-Augenoperation ist erst nach Ablauf von mindestens 3 Monaten zulässig!

Befunde für den Patienten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Farbsehen (geprüft nach Ishihara) _____ gegebenenfalls AQ _____

Stereo-Winkelsehen angeben (Titmustest): _____

Sehleistung Ferne **ohne** Korrektur:

Sehleistung Nähe **ohne** Korrektur:

RA: _____ LA: _____ binoc.: _____

RA: _____ LA: _____ binoc.: _____

Sehleistung Ferne **mit** Korrektur / Dioptrin

Sehleistung Nähe **mit** Korrektur / Dioptrin

RA: _____ LA: _____ binoc.: _____ / _____

RA: _____ LA: _____ binoc.: _____ / _____

Lichtsinn (Nykto-meter) Kontraststufen angeben: _____

ohne: 1: _____ mit: 1: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes