

Vorname		Familienname		HASS ID _____	
Datum	O männl.	O weibl.	Geb.:	Alter (Jahre) O unsicher	
Veranstaltung	Location: Hannover 2016		O Athlet O Unified Partner	Sport	
Delegation	Region Europe/Eurasia			Country: Germany	

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 / ____ nicht prüfbar OS 20 / ____ nicht prüfbar

<input type="radio"/> Lea	<input type="radio"/> Walk up	<input type="radio"/> Lichtprojektion	<input type="radio"/> Walk up	<input type="radio"/> Lichtprojektion
		<input type="radio"/> Lichtwahrnehmung		<input type="radio"/> Lichtwahrnehmung
		<input type="radio"/> keine Lichtwahrnehmung		<input type="radio"/> keine Lichtwahrnehmung
Andere		Andere		

Nähe OU 20 / ____ nicht prüfbar

<input type="radio"/> Lea	<input type="radio"/> Lichtprojektion	<input type="radio"/> Lichtwahrnehmung	<input type="radio"/> keine Lichtwahrnehmung	Andere:
---------------------------	---------------------------------------	--	--	---------

Cover test

Ferne nicht prüfbar

ortho

phorie range 02-99 ____

tropie range 02-99 ____

eso exo hyper

hypereso hyperexo Constant Intermittierend

Lat. Nystagmus

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

Autorefraktion

nicht prüfbar OD

nicht prüfbar OS

Sph	Cyl	Achse

Gesundheit VA

OD nicht prüfbar

Normal

Lidanomalie

Pterygium/pinguecula

Blepharitis

Corneale Anomalie

Nystagmus

Conjunctivitis

Iris Anomalie

Ptosis

OS nicht prüfbar

Normal

Lidanomalie

Pterygium/pinguecula

Blepharitis

Corneale Anomalie

Conjunctivitis

Iris Anomalie

Ptosis

Anomalie:

Intern

OD nicht prüfbar

Normal

Cataract

Netzhautanomalie

Colobom

Sehnervanomalie

Glaukomverdacht

OS nicht prüfbar

Normal

Cataract

Netzhautanomalie

Colobom

Sehnervanomalie

Glaukomverdacht

Anomalie:

IOP

OD ____

OS ____

Pupillen

Normal

Anormal: _____

nicht prüfbar

Icare

Noncontact

nicht prüfbar

Skiaskopie

OD

20/

OS

20/

Add

Refraktion

OD

20/

OS

20/

20/

Empfehlung

neue Korrektion

PD ____/____

keine Brille empf.

Dauerkorrektion

kein Brillenwechsel empf.

nur Fernbrille

Sonnenbrille (plan)

nur Nahbrille

Rechts

Links

Sportbrille

Rechts

Links

Sph	Cyl	Achse	Fernvisus	Nahvisus OU	ADD
			20 / ____	20 / ____	
			20 / ____		
O Plan		O mit Korrektion			
			20 / ____	20 / ____	
			20 / ____		

Überweisung

Überwiesen an

AO/Optomtrist

Augenarzt

Allgemeinarzt/Hausarzt

Neurologe

Anderer: _____

Kommentare: