

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 / ____ <input type="checkbox"/> nicht prüfbar		OS 20 / ____ <input type="checkbox"/> 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"/> Lichtprojektion
		<input type="radio"/> Lichtwahrnehmung		<input type="radio"/> Lichtwahrnehmung	<input type="radio"/> Lichtwahrnehmung
		<input type="radio"/> keine Lichtwahrnehmung		<input type="radio"/> keine Lichtwahrnehmung	<input type="radio"/> keine Lichtwahrnehmung
Andere			Andere		

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

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

Gesundheit VA

- 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

- Normal Cataract Netzhautanomalie Normal Cataract Netzhautanomalie
 Colobom Sehnervanomalie Colobom Sehnervanomalie
 Glaukomverdacht Glaukomverdacht

Anomalie:

IOP

- nicht prüfbar Icare Noncontact nicht prüfbar

Skiaskopie

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

Empfehlung

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

Rechts
Links

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

Sportbrille

Rechts
Links

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

Überweisung

Überwiesen an

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

Kommentare: