



Merkblatt Sehfähigkeit

Für die Bewerberin/den Bewerber

Polizeivollzugsbeamtinnen/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 Farbunterscheidungsvermögens, des räumlichen Sehens, der Dämmerungssehstärke mit oder ohne Blendung sowie des Gesichtsfeldes vorliegt, so ist eine augenärztliche Untersuchung erforderlich.

Wenn Sie Träger einer Sehhilfe sind oder eine Fehlsichtigkeit operativ (Laser) korrigiert wurde, so muss eine augenärztliche Untersuchung in jedem Fall durchgeführt werden.

Hinweis: Kosten für eine augenfachärztliche Untersuchung und Bescheinigung werden von der Bundespolizei **nicht** übernommen!

Für die Augenfachärztin/den Augenfacharzt:

Wenn eine Bewerberin/ein Bewerber Sie aufsucht, bitten wir Sie, für den Befundbericht die Seite 2 dieses Merkblattes zu benutzen und zu jedem Punkt (1-9) Stellung zu nehmen.

Augenärztlicher Befundbericht

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

Untersuchungsdatum: _____

1. Zentrale Sehschärfe ohne Glas (Ferne): R _____ mit Glas: R _____
L _____ L _____

2. Zentrale Sehschärfe ohne Glas (Nähe): R _____ mit Glas: R _____
L _____ L _____

3. a) Schlifffstärke der Gläser: R _____
(bei sphärischen Plusgläsern ist eine Untersuchung in Zykloplegie erforderlich) L _____

3. b) Bei Hyperopie/latente Hyperopie: R _____
(Dioptrien in Zykloplegie) L _____

4. Stereoskopisches Sehen: _____ Winkelsekunden
(Anwendung einer Testmethode die bis <100 Winkelsekunden testet) _____ Testmethode

5. Lichtsinn:
Umfelddichte: 0,032 cd/m² Kontrast: 1: _____ ohne Blendung
0,1 cd/m² Kontrast: 1: _____ mit Blendung

6. Farbensinn: geprüft nach Ishihara, Velhagen oder Panel D 15 Fehleranzahl: _____
geprüft mit einem anderen Testsystem (bitte angeben): _____

Ergebnisse: farbentüchtig farbenuntüchtig

7. Gesichtsfeld: nicht eingeengt eingeengt

8. Diagnosen: _____

9. Sonstige Befunde oder Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Augenarztes