

**Augenärztliche Stellungnahme
nach refraktionschirurgischem Eingriff
(frühestens 6 Monate nach Behandlungsende)**

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

Untersuchungsdatum: _____

1. Datum des Abschlusses der refraktionschirurgischen Behandlung:

2. Behandlungsmethode: _____

Ggf. Nebenwirkungen der refraktionschirurgischen Behandlung:

3. Präoperativer Korrekturbedarf (ggf. sphärisches Äquivalent)

Ferne:

Nähe:

R: _____

R: _____

L: _____

L: _____

4. Prognostische Einschätzung hinsichtlich Stabilität des
Behandlungsergebnisses

5. Sonstige Befunde oder Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Augenarztes