

# Sehtest G25 mit Landoltringen (Optovist)

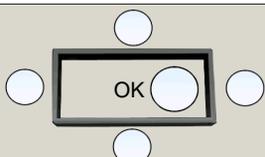
<input type="text"/>	Entfernungen	<input type="text"/>
Name	Nahbereich 0.40m	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Zwischenbereich 0.67m	<input type="text"/>
Vorname	Fernbereich unendlich	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Sehhilfe	<input type="text"/>
Straße/Nr.	Nahbereich	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Zwischenbereich	<input type="text"/>
PLZ / Ort	Fernbereich	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Prüfer / Stempel

1	Sehschärfe	0.63	<input type="checkbox"/>
	Rechtes Auge	0.7	<input type="checkbox"/>
	Unendlich	0.8	<input type="checkbox"/>
		1	<input type="checkbox"/>

2	Sehschärfe	0.63	<input type="checkbox"/>
	Linkes Auge	0.7	<input type="checkbox"/>
	Unendlich	0.8	<input type="checkbox"/>
		1	<input type="checkbox"/>

3	Sehschärfe	0.63	<input type="checkbox"/>
	Binokular	0.7	<input type="checkbox"/>
	Unendlich	0.8	<input type="checkbox"/>
		1	<input type="checkbox"/>

7	Phorietest	Punkt innerhalb des Rahmens?
	Binokular	<input type="checkbox"/> Ja
	Unendlich	<input type="checkbox"/> Nein



8	Stereo	1. Bild obere Zeile, Position 3 erkannt	96'	<input type="checkbox"/>
	Binokular	untere Zeile, Position 4 erkannt	40'	<input type="checkbox"/>
		Unendlich	2. Bild obere Zeile, Position 1 erkannt	70'
			untere Zeile, Position 3 erkannt'	14'

9	Farbtest	Tafel	Bild	nicht erkannt	erkannt	
	Binokular	Ishihara Tafel-2	"8"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Zwischenbereich	Ishihara Tafel-3	"29"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ishihara Tafel-5	"3"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10	Sehschärfe	0.63	<input type="checkbox"/>
	Rechtes Auge	0.7	<input type="checkbox"/>
	Nahbereich	0.8	<input type="checkbox"/>
		1	<input type="checkbox"/>

11	Sehschärfe				
	Linkes Auge				
	Nahbereich				
12	Sehschärfe				
	Binokular				
	Nahbereich				

13	! "mmerungstest #ohne \$lendung%	13	! "mmerungstest #mit \$lendung%
----	----------------------------------	----	---------------------------------

Dämmerung	1 : 23	0.1				<input type="checkbox"/>
	Binokular					
	Unendlich	1 : 5	0.1			<input type="checkbox"/>

Dämmerung	1 : 2.7	0.1				<input type="checkbox"/>
	Binokular					
	Unendlich	1 : 2	0.1			<input type="checkbox"/>

<b>us"t&amp;li'he (ntersu'hungen</b>		<b>\$emer)ung</b>
Hyperopie-Test	Verdacht auf Hyperopie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
Beurteilung	keine Bedenken <input type="checkbox"/>	_____
	keine Bedenken unter Voraussetzungen <input type="checkbox"/>	_____
	augenärztliche Untersuchung empfohlen <input type="checkbox"/>	_____
		_____
		_____
		_____
		_____