

ATTEST
Sehvermögen Kanalsteurer

über die augenfachärztliche Untersuchung des Patienten

Name	Vorname	Geb.-Datum
------	---------	------------

Der obengenannte Patient wurde heute von mir untersucht.

➤ Es besteht Nachtblindheit ja nein

➤ Die Kontrasteinstellung zur Messung der mesopischen Sehschärfe ohne Blendung betrug ja nein
mindestens **1: 5**:

➤ Die Kontrasteinstellung zur Messung der mesopischen Sehschärfe mit Blendung betrug ja nein
mindestens **1: 5**:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Augenarztes