

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 mindestens 1:2: ja nein

- Die Kontrasteinstellung zur Messung der mesopischen Sehschärfe mit Blendung betrug mindestens 1:2,7: ja nein

Ort und Datum	Stempel und Unterschrift des Augenarztes
---------------	--