



Zur Vorlage
der polizeiärztlichen Auswahluntersuchung

Augenärztlicher Untersuchungsbefund

(Name, Vorname)

(Geburtstag)

!!!Achtung!!!

Bitte nur ausfüllen, wenn Sie Brillenträger(in), Kontaktlinsenträger(in) sind,
oder eine Farbensinnstörung haben!

- | | | | |
|------------------|---|---|------|
| 1. Rohvisus | R | L | |
| 2. mit Korrektur | R | L | bds. |
| 3. Dioptrienzahl | R | L | |

10. sonstige Befunde/Bemerkungen:

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Augenarztes)

Kosten für anfallende Untersuchungen und Gutachten können vom Freistaat Sachsen nicht übernommen werden!