

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	

sonstige Befunde/Bemerkungen:

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Augenarztes)

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