

## **Hinweis für die Bewerberin / den Bewerber**

Falls Sie wegen Sehstörungen bereits augenärztlich untersucht bzw. behandelt wurden oder solches geplant ist, bitten wir Sie, den beiliegenden Vordruck von einer Augenärztin oder einem Augenarzt auf eigene Kosten ausfüllen zu lassen.

Dies gilt vor allem, wenn Sie Brillenträger/-in sind.

Nach der Untersuchung kann Ihnen die Augenärztin / der Augenarzt sofort sagen, ob die Leistung Ihres Sehorganes den Mindestanforderungen für Polizeibewerber/-innen entspricht.

**Sollten Sie diese Mindestanforderungen nicht erfüllen, erübrigt sich eine Bewerbung. Andernfalls bitten wir Sie, den augenärztlichen Befundbericht Ihrer Bewerbung beizufügen.**

## **Hinweis für die Augenärztin / den Augenarzt**

Nachstehend die wichtigsten Beurteilungskriterien seitens des Sehorganes für Polizeibewerber / -innen ( **Mindestanforderungen !** )

**Bewerberinnen/Bewerber für den Polizeidienst sind polizeidienst u n t a u g l i c h bei folgenden Befunden:**

- **Visus ohne Korrektur:** Unter 0,3 ein- oder beidseitig. Bei Myopen vor dem 20. Lebensjahr unter 0,5 ein- oder beidseitig. ( **Sehschärfe für die Ferne nach DIN 58 220** )
- **Visus mit Korrektur:** Unter 1,0 auf dem besseren und unter 0,8 auf dem schwächeren Auge.
- **Bei Hyperopen:** Hyperopie in Cycloplegie über +2,5 dpt. auf einem Auge.
- **Farbuntüchtigkeit**
- **Fehlende oder gestörte räumliche Sehleistung** mit einem Bildpunktverschiebungswinkel von mehr als 100 Winkelsekunden.
- **Augenveränderungen,** die aus ärztlicher Sicht das Benutzen von Haftschalen unverzichtbar machen.
- **Dämmerungssehschärfe** > 1:2,7 ( Umfeldlichtdichte 0,032 cd/m<sup>2</sup> )
- **Blendungsempfindlichkeit** > 1:2,7 ( Umfeld 0,1 cd/m<sup>2</sup> )
- **Wir bitten die Augenärztin / den Augenarzt, alle anderen funktionellen oder organischen Abweichungen des Sehorganes zu vermerken.**

# Achtung!

Bitte nur ausfüllen wenn Sie Brillenträger(in), Kontaktlinsenträger(in) sind.

## Augenärztlicher Befundbericht

Für Frau / Herrn \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

ausgewiesen durch: .....

### 1. Sehschärfe für die Ferne gemessen nach DIN 58 220 ( mit Landoltringen ! ):

ohne Glas:	nach Korrektur mit Glas:
rechts _____	rechts _____ Dioptr. _____
links _____	links _____ Dioptr. _____

### 2. Sehschärfe für die Nähe:

ohne Glas:	nach Korrektur mit Glas:
rechts _____	rechts _____ Dioptr. _____
links _____	links _____ Dioptr. _____

bei Hyperopie Untersuchung in Cycloplegie: rechts \_\_\_\_\_ Dioptr. \_\_\_\_\_  
links \_\_\_\_\_ Dioptr. \_\_\_\_\_

### 3. Farbensinn: geprüft nach Ishihara und / oder Velhagen:

Ergebnis: ( Zutreffendes bitte ankreuzen ) und das Protokoll des Testes bitte beifügen!

farbentüchtig  farbenuntüchtig

werden mehr als 2 Farbtafeln nicht richtig erkannt, bitte Anomalquotienten bestimmen!

Anomalquotient mit Angabe der Methode: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

### 4. Lichtsinn ( bitte auch Methode mit Referenzwerten angeben ): \_\_\_\_\_

Umfeldleuchtdichte: 0,032 cd/m<sup>2</sup> (Dämmerungssehen) Kontrast: 1: \_\_\_\_\_  
0,100 cd/m<sup>2</sup> (Blendungsempfindlichkeit) Kontrast: 1: \_\_\_\_\_

### 5. Räumliches Sehen geprüft nach Titmus-Test

Nach den Empfehlungen der DOG (Messung bis unter 100 Winkelsekunden)

Winkelsekunden: \_\_\_\_\_

### 6. Gesichtsfeld ( Methode mit Referenzwerten ): \_\_\_\_\_

### 7. Wurde eine Laserkorrektur durchgeführt, wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### 8. Sonstige Befunde:

### 9. Diagnose:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

**Kosten für anfallende Untersuchungen und Gutachten können vom Land Niedersachsen nicht übernommen werden !**