



## Untersuchungskarte Augenuntersuchungen Kindergarten

### Angaben zum untersuchten Kind

Name / Vorname des Kindes: .....

Schulgemeinde: .....

Lehrperson: .....

Datum der Untersuchung: .....

Brille / Okklusion		
Fernvisus	Rechts:	Links:
Nahvisus	Rechts:	Links:
Cover-Test	Ferne:	Nähe:
Stereosehen (Lang-Test)		
Motilität		
Konvergenz		
Weiteres		
Bemerkungen		

☐ Normaler Befund. Es ist aktuell keine Untersuchung in einer Augenpraxis nötig☐ Kontrollbedürftiger Befund:

→ Bitte vereinbaren sie einen Termin bei einem Augenarzt und bringen sie das Formular zur Untersuchung mit.

Fachperson: