

**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