

auffällig  
ja                      nein                      Kommentar des Untersuchers

**Sehvermögen**

**Fernvisus**

ohne Sehhilfe rechts	<input type="text"/>	links	<input type="text"/>	bds.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
mit Sehhilfe rechts	<input type="text"/>	links	<input type="text"/>	bds.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Nahvisus**

ohne Sehhilfe rechts	<input type="text"/>	links	<input type="text"/>	bds.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Farbensinn**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	----------------------

nicht durchgeführt

**Hörvermögen**

Audiogramm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------

**Lungenfunktion**

VC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
FEV <sub>1</sub> / IVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Ruhe-EKG**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------

**Laboruntersuchungen**

BSG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kleines Blutbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Urinstatus (Mehrfachteststreifen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Klin.-chem. Labor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

**Erforderliche  
Zusatzuntersuchungen**

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

G-Nr.	*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

\* 1 = Veranlassung aufgrund des Befundes  
2 = Veranlassung aufgrund der Belastung