

AUGENÄRZTLICHES ZEUGNIS ZUR FAHREIGNUNG

Name, Vorname:

Geb.:

Untersuchung vom:

1. Fernvisus: **rechts** unkorrigiert: korrigiert:
 links unkorrigiert: korrigiert:
Korrigierter FV wird erreicht: mit eigener Brille mit angepasster Korrektur

2. Gesichtsfeld

2.1 Binoculares horizontales Gesichtsfeld:

1. med. Gruppe $\geq 120^\circ$ Ja Nein **Falls Nein:** Befund kinetische Perimetrie beilegen
2. med. Gruppe $\geq 140^\circ$ Ja Nein
Bestehen Gesichtsfeldausfälle? Ja Nein **Falls Ja:** Welche?

2.2 Zentrales Gesichtsfeld:

Ist anzunehmen, dass das binoculare zentrale GF intakt ist? Ja Nein
Falls Nein: Befund statische Perimetrie beilegen

3. Augenbeweglichkeit

3.1 Doppelbilder: Ja Nein **Falls Ja:** Welche?
3.2 Bewegungsstörung: Ja Nein **Falls Ja:** Welche?

4. Ophthalmologie Diagnose:

5. Bemerkungen (z.B. auffällige Kognition, andere verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen)

6. Ophthalmologische Schlussfolgerungen: Die Mindestanforderungen sind gemäss VZV für die

1. med. Gruppe	2. med. Gruppe
ohne Auflagen erfüllt	ohne Auflagen erfüllt
nur mit folgenden Auflagen erfüllt: Sehhilfe Nachtfahrverbot Regelmässige augenärztliche Kontrolle	nur mit folgenden Auflagen erfüllt: Sehhilfe Regelmässige augenärztliche Kontrolle

Ein augenärztlicher Verlaufsbericht ist einzureichen im (Monat/Jahr)

Eine verkehrsmedizinische Abklärung ist notwendig

Datum:

Stempel/Unterschrift:

Wir bitten Sie, das Zeugnis an das zuständige Strassenverkehrsamt des Wohnkantons zu senden

Wir bitten Sie, das Zeugnis an die Verkehrsmedizin der ARBEITSMED AG zu senden (Adresse, E-Mail; siehe Fusszeile)

