

FAHREIGNUNG SUMMARISCHER SEHTEST¹

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:** Binoculares horizontales GF

1. med. Gruppe $\geq 120^\circ$ Ja Nein

Wird die minimale Aussengrenze rechts und links von 50° erreicht? Ja Nein

2. med. Gruppe $\geq 140^\circ$ Ja Nein

Wird die minimale Aussengrenze rechts und links von 70° erreicht? Ja Nein

Bestehen Gesichtsfeldausfälle? Ja Nein **Falls Ja: Welche?**

3. **Augenbewegung**

3.1 **Doppelbilder:** ohne? Ja Nein **Falls Ja: Welche?**

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

4. **Bemerkungen:**

5. **Schlussfolgerungen**

1. med. Gruppe: Sehhilfe notwendig: Ja Nein

2. med. Gruppe: Sehhilfe notwendig: Ja Nein

Ergänzende Augenärztliche Stellungnahme notwendig: Ja Nein

Begründung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:

¹ **Formular auszufüllen durch den Hausarzt, Augenarzt oder eidg. diplomierten Optiker**

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)

