



Fahreignung und Sehvermögen

Name: Geb.:

Untersuchung vom:

1. Fernvisus: rechts unkorrigiert: korrigiert:
links unkorrigiert: korrigiert:

2. Gesichtsfeld:

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

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

Ausfälle? Nein Ja, nämlich:

2.2 zentral (1. med. Gr. 20° / 2. med. Gr. 30°):

Ausfälle? Nein Ja, nämlich:

3. Augenbeweglichkeit

3.1 Doppelbilder? Nein Ja, nämlich:

3.2 Bewegungsstörung? Nein Ja, nämlich:

4. Diagnosen/Bemerkungen:

5. Die Mindestanforderungen sind gemäss VZV für die:

1. med. Gruppe	2. med. Gruppe
<input type="checkbox"/> ohne Auflagen erfüllt	<input type="checkbox"/> ohne Auflagen erfüllt
<input type="checkbox"/> nur mit folgenden Auflagen erfüllt: <input type="checkbox"/> Sehhilfe <input type="checkbox"/> Nachtfahrverbot <input type="checkbox"/> Regelmässige augenärztliche Kontrolle	<input type="checkbox"/> nur mit folgenden Auflagen erfüllt: <input type="checkbox"/> Sehhilfe <input type="checkbox"/> Regelmässige augenärztliche Kontrolle
<input type="checkbox"/> nicht erfüllt	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt

Ein augenärztlicher Verlaufsbericht ist einzureichen im (Monat/Jahr)

Eine verkehrsmedizinische Abklärung ist notwendig.

Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____