



Augenärztliches Zeugnis

Stand 27.6.2016

Personalien		Pin:	
Vorname:		Name:	
Geburtsdatum:		Heimatort:	
Wohnort:		Strasse:	
A) Medizinische Gruppe:	Gruppe 1 (Kat. A, A1, B, B1, F, G und M) Gruppe 2 (Kat. D, D1, C, C1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexperten)		

B) Befunde

1 Für sämtliche Ausweiskategorien

1.1 Sehschärfe

Fernvisus:

	Rechts	Links
unkorrigiert		
korrigiert		

1.2 Gesichtsfeld: entspricht den Mindestanforderungen nach Anhang 1 VZV für die:

1. medizinische Gruppe 2. medizinische Gruppe

ist eingeschränkt *

1.3 Augenbeweglichkeit: ohne Einschränkungen mit Einschränkungen *

1.4 Doppelbilder: nein ja *

* Bitte unter Bemerkungen den Augenbefund (bspw. fortschreitende Augenkrankheiten), der die Einschränkung bedingt, nennen.

Bemerkungen:

C) Beurteilung

Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang 1 VZV für die:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. medizinische Gruppe: | <input type="checkbox"/> 2. medizinische Gruppe: |
| <input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe erfüllt | <input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe erfüllt |
| <input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe erfüllt | <input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe erfüllt |
| <input type="checkbox"/> nicht erfüllt | <input type="checkbox"/> nicht erfüllt |
| <input type="checkbox"/> Eine Beurteilung durch eine Ärztin/einen Arzt nach Art. 5a ^{bis} VZV ist notwendig. | <input type="checkbox"/> Eine Beurteilung durch eine Ärztin/einen Arzt nach Art. 5a ^{bis} VZV ist notwendig. |

Untersuchungsdatum: Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

Global Location Number (GLN) der Ärztin/des Arztes:



QR Code Öffnungszeiten