

Augenärztliches Zeugnis

(Meldung an die kantonale Behörde)

Schweizerische Eidgenossenschaft

Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
PLZ/Wohnort: Adresse:

A. Die Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang 1 VZV wurden geprüft für:

- die erste medizinische Gruppe (A, A1, B, B1, F, G, M)
- die zweite medizinische Gruppe (D, D1, C, C1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexperten)

B. Befunde

1 Für sämtliche Ausweiskategorien

1.1 Sehschärfe

Fernvisus:	unkorr.:		korr.:	
	rechts:	links:	rechts:	links:

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, der die Einschränkungen 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 Artikel 5a ^{bis} ist notwendig. | <input type="checkbox"/> Eine Beurteilung durch eine Ärztin/einen Arzt nach Artikel 5a ^{bis} ist notwendig. |

Untersuchungsdatum:

.....

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

.....

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

.....