

**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 <sup>bis</sup> ist notwendig. | <input type="checkbox"/> Eine Beurteilung durch eine Ärztin/einen Arzt nach Artikel 5a <sup>bis</sup> ist notwendig. |

Untersuchungsdatum:

.....

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

.....

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

.....