



Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt

Augenärztliches Zeugnis (Meldung an die kantonale Behörde)

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Wohnort/Strasse:
Halter-Nummer

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

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

B. Befunde

1 Für sämtliche Ausweiskategorien

1.1 Sehschärfe/Fernvisus:

Rechts: unkorrigiert: korrigiert:
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 Einschränkung mit Einschränkung*

1.4 Doppelbilder

- nein ja*

* Bitte unter Bemerkungen den Augenbefund, 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/Arzt <input type="checkbox"/> Stufe 3 <input type="checkbox"/> Stufe 4 | <input type="checkbox"/> eine Beurteilung durch eine
Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Stufe 3 <input type="checkbox"/> Stufe 4 |

Untersuchungsdatum:

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

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes):.....