

## Augenärztliches Zeugnis

(durch einen in der Schweiz ansässigen Augenarzt auszustellen)

Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_  
Kundennummer \_\_\_\_\_

**Zu Beginn der Untersuchung  
ist dem Augenarzt ein  
amtlicher Ausweis mit Foto  
vorzulegen!**

### Die Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang I VZV wurden geprüft für:

- die 1. medizinische Gruppe (A, A1, B, B1, F, G, M)
- die 2. medizinische Gruppe (D, D1, C, C1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexperten)

**Sehschärfe** unkorrigiert: rechts:..... links:.....  
korrigiert: rechts:..... links:.....

**Gesichtsfeld:**  entspricht den Mindestanforderungen nach Anhang I VZV  
 ist eingeschränkt \*

**Augenbeweglichkeit:**  ohne Einschränkungen  mit Einschränkungen\*

**Doppelbilder:**  nein  ja\*

\* Bitte unter Bemerkungen den Augenbefund, der die Einschränkungen bedingt, nennen:

Bemerkungen:.....

### Beurteilung Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang I VZV für die:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1. medizinische Gruppe   | <input type="radio"/> 2. medizinische Gruppe  |
| <input type="radio"/> ohne Sehhilfe erfüllt  | <input type="radio"/> ohne Sehhilfe erfüllt   |
| <input type="radio"/> nur mit Sehhilfe erfüllt   | <input type="radio"/> nur mit Sehhilfe erfüllt  |
| <input type="radio"/> nicht erfüllt  | <input type="radio"/> nicht erfüllt   |
| <input type="radio"/> Eine Beurteilung durch eine Ärztin/einen Arzt der Stufe 3 oder 4 ist notwendig | <input type="radio"/> Eine Beurteilung durch eine Ärztin/einen Arzt der Stufe 3 oder 4 ist notwendig. |

Untersuchungsdatum:

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

.....

.....

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

.....