

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:

.....