



Sehtest (auszufüllen durch einen ermächtigten Optiker oder Arzt)

Personalien

Name (Geburtsname aufführen, sofern nicht mit Familienname identisch)

Vorname

Strasse, Nr.

PLZ Wohnort

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Heimatort/Kanton (Ausländerinnen /Ausländer Heimatstaat)

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

weiblich

männlich



.....

Sehtest (gültig 24 Monate)

1. Sehschärfe:

Fernvisus

unkorrigiert

korrigiert

R: L:

R: L:

2. Horizontales Gesichtsfeld

1. medizinische Gruppe

$\geq 120^\circ$

$< 120^\circ$

2. medizinische Gruppe

$\geq 140^\circ$

$< 140^\circ$

Ausfälle

nein

ja

rechts

links

oben

unten

3. Augenbeweglichkeit

nach rechts oben, rechts, rechts unten,
links oben, links, links unten geprüft

Doppelbilder:

nein

ja, Richtung

4. Bemerkungen

5. Beurteilung

Anforderungen der:

1. medizinischen Gruppe

ohne Sehhilfe erfüllt

nur mit Sehhilfe erfüllt

nicht erfüllt

2. medizinischen Gruppe

ohne Sehhilfe erfüllt

nur mit Sehhilfe erfüllt

nicht erfüllt

Datum

Stempel und Unterschrift