

Summarischer Sehtest: Fahreignung und Sehvermögen

Name:

Geb.:

Untersuchung vom:

1. Fernvisus: **rechts** unkorrigiert: korrigiert:

links unkorrigiert: korrigiert:

Korrigierter FV wird erreicht:
 mit eigener Brille mit angepasster Korrektur

2. Gesichtsfeld: Binoculares horizontales GF
1.med. Gruppe $\geq 120^\circ$ Ja Nein

 Wird die minimale Aussengrenze rechts und links von 50° erreicht? Ja Nein

2.med. Gruppe $\geq 140^\circ$ Ja Nein

 Wird die minimale Aussengrenze rechts und links von 70° erreicht? Ja Nein

 Bestehen Gesichtsfeldausfälle? Ja Nein **Falls Ja: Welche?**

3. Augenbewegung
3.1 Doppelbilder: Ja Nein **Falls Ja: Welche?**

3.2 Bewegungsstörung: Ja: Nein **Falls Ja: Welche?**

4. Bemerkungen:
5. Schlussfolgerungen
 1.med. Gruppe: Sehhilfe notwendig : Ja Nein

 2.med. Gruppe: Sehhilfe notwendig : Ja Nein

 Ergänzende Augenärztliche Stellungnahme notwendig: Ja Nein

Begründung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:

1) Formular auszufüllen durch den Hausarzt, Augenarzt oder eidg. diplomierten Optiker

- Wir bitten Sie, das Zeugnis an das zuständige Strassenverkehrsamt des Wohnkantons zu senden:
Kanton Zürich: Strassenverkehrsamt Zürich, Administrativmassnahmen, Ärztliche Untersuchungen, Lessingstr. 33, 8090 Zürich
- Wir bitten Sie, das Zeugnis an **bzvm, Begutachtungszentrum Verkehrsmedizin**, zu senden (Adresse, Fax, E-Mail; siehe Briefkopf)