

Name:

Geb.:

Untersuchung vom:

1. FERNVISUS:

rechts

unkorrigiert:

korrigiert:

Korrigierter FV wird erreicht:

mit eigener Brille

links

unkorrigiert:

korrigiert:

mit angepasster Korrektur

2. GESICHTSFELD:

2.1. Binoculares horizontales Gesichtsfeld:

1.med. Gruppe  $\geq 120^\circ$

Ja

Nein

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

Ja

Nein

Falls nein: Befund kinetische Perimetrie beilegen

Bestehen Gesichtsfeldausfälle?

Ja

Nein

Falls ja: Welche?

2.2. Zentrales Gesichtsfeld (1.med.Gr.  $20^\circ$  / 2 med. Gr.  $30^\circ$ )

Ist anzunehmen, dass das binoculare zentrale GF intakt ist?

Ja

Nein

Falls nein: Befund statische Perimetrie beilegen

3. AUGENBEWEGLICHKEIT

3.1 Doppelbilder:

Ja

Nein

3.2 Bewegungsstörung:

Ja:

Nein

4. OPHTHALMOLOGISCHE DIAGNOSE:

5. BEMERKUNGEN (z.B auffällige Kognition, andere verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen):

6. OPHTHALMOLOGISCHE SCHLUSSFOLGERUNGEN: Die Mindestanforderungen sind gemäss VZV für die:

1.med. Gruppe	2.med. Gruppe
<input type="checkbox"/> OHNE Auflagen erfüllt	<input type="checkbox"/> OHNE Auflagen erfüllt
<input type="checkbox"/> nur mit folgenden Auflagen erfüllt: <input type="checkbox"/> Sehhilfe <input type="checkbox"/> Nachtfahrverbot <input type="checkbox"/> Regelmässige augenärztliche Kontrolle	<input type="checkbox"/> nur mit folgenden Auflagen erfüllt: <input type="checkbox"/> Sehhilfe <input type="checkbox"/> Regelmässige augenärztliche Kontrolle
<input type="checkbox"/> NICHT erfüllt	<input type="checkbox"/> NICHT erfüllt

Ein augenärztlicher Verlaufsbericht ist einzureichen im (Monat/Jahr)

Eine verkehrsmedizinische Abklärung ist notwendig

Datum:

Stempel/Unterschrift:

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).