

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: ohne? 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 zu senden an: **bzvm, Begutachtungszentrum Verkehrsmedizin**, zu senden (Adresse, Fax, E-Mail: siehe Briefkopf).