

Name:

Geb.:

Untersuchungsdatum:

1. Fernvisus:

rechts

unkorrigiert:

korrigiert:

Korrigierter FV wird erreicht:

mit eigener Brille

links

unkorrigiert:

korrigiert:

mit angepasster Korrektur

2. Gesichtsfeld (gemäss medizinischen Mindestanforderungen VZV)

Bei allfälligen Einschränkungen, bitte Ergebnisse der Prüfung gemäss «Verkehrsmedizinische Beurteilung des Sehvermögens» der SGRM / SOG vom 01.09.2023, beilegen

2.1. Binokulares horizontales Gesichtsfeld:

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

Ja

Nein

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

Ja

Nein

2.2. Gesichtsfeldaussengrenzen

1. med. Gruppe (Erweiterung nach rechts/links je 50° , nach oben/unten je 20°)

Ja

Nein

2. med. Gruppe (Erweiterung nach rechts/links je 70° , nach oben/unten je 30°)

Ja

Nein

2.3 Zentrales Gesichtsfeld

1. med. Gruppe (bis 20° normal)

Ja

Nein

2. med. Gruppe (auf jedem Auge bis 30° normal)

Ja

Nein

3. Augenbeweglichkeit

3.1 **Doppelbilder:**

Ja

Nein

Wenn Ja, welche

3.2 **Bewegungsstörung:**

Ja:

Nein

Wenn Ja, welche

4. Ophthalmologische Diagnose:

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

6. Ophthalmologische Schlussfolgerungen: Die medizinischen 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"/> 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: