



## Augenärztliches Zeugnis (Für das Strassenverkehrsamt bestimmt)

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Name: .....          |                      |
| Vorname: .....       |                      |
| Geburtsdatum: .....  | PIN: .....           |
| Strasse / Nr.: ..... | PLZ / Wohnort: ..... |

### A. Die Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang 1 VZV wurden geprüft für:

- ☐ die erste medizinische Gruppe (A, A1, B, B1, F, G, M)
- ☐ die zweite medizinische Gruppe (D, D1, C, C1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexperten)

### B. Befunde

1 Für sämtliche Ausweiskategorien

1.1 Sehschärfe

|            |                   |                   |
|------------|-------------------|-------------------|
| Fernvisus: | unkorrigiert      | korrigiert        |
|            | R: ..... L: ..... | R: ..... L: ..... |

1.2 Gesichtsfeld: ☐ entspricht den Mindestanforderungen nach Anhang 1 VZV für die:  
☐ 1. medizinische Gruppe ☐ 2. medizinische Gruppe  
☐ ist eingeschränkt\*:

1.3 Augenbeweglichkeit: ☐ ohne Einschränkungen ☐ mit Einschränkungen\*

1.4 Doppelbilder: ☐ nein ☐ ja\*

\* Bitte unter Bemerkungen den Augenbefund, der die Einschränkungen bedingt, nennen.

Bemerkungen: .....

### C. Beurteilung

Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang 1 VZV für die:

- |                                                                                             |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. medizinische Gruppe:                                            | <input type="checkbox"/> 2. medizinische Gruppe                                             |
| <input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe erfüllt                                              | <input type="checkbox"/> ohne Sehhilfe erfüllt                                              |
| <input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe erfüllt                                           | <input type="checkbox"/> nur mit Sehhilfe erfüllt                                           |
| <input type="checkbox"/> nicht erfüllt                                                      | <input type="checkbox"/> nicht erfüllt                                                      |
| <input type="checkbox"/> Es ist eine Beurteilung notwendig durch eine Ärztin/einen Arzt der | <input type="checkbox"/> Es ist eine Beurteilung notwendig durch eine Ärztin/einen Arzt der |
| <input type="checkbox"/> Stufe 3 <input type="checkbox"/> Stufe 4                           | <input type="checkbox"/> Stufe 3 <input type="checkbox"/> Stufe 4                           |

Untersuchungsdatum: .....

Global Location Number (GLN) der Ärztin/des Arztes: .....

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes: .....