



**Augenärztliches Zeugnis**

Stand 27.6.2016

Personalien		Pin:	
Vorname:		Name:	
Geburtsdatum:		Heimatort:	
Wohnort:		Strasse:	
<b>A) Medizinische Gruppe:</b>	Gruppe 1 (Kat. A, A1, B, B1, F, G und M) Gruppe 2 (Kat. D, D1, C, C1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexperten)		

**B) Befunde**

1 Für sämtliche Ausweiskategorien

1.1 Sehschärfe

Fernvisus:

	Rechts	Links
unkorrigiert		
korrigiert		

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 (bspw. fortschreitende Augenkrankheiten), der die Einschränkung 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"/> Eine Beurteilung durch eine Ärztin/einen Arzt nach Art. 5a <sup>bis</sup> VZV ist notwendig. | <input type="checkbox"/> Eine Beurteilung durch eine Ärztin/einen Arzt nach Art. 5a <sup>bis</sup> VZV ist notwendig. |

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

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