



**Sehtest / Bestätigung einer Optikerperson (gültig 24 Monate)**

Stand 05.07.2016

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

a) Sehschärfe

Fernvisus:

	Rechts	Links
unkorrigiert		
korrigiert		

b) Horizontales Gesichtsfeld

1. medizinische Gruppe      $\geq 120$       $< 120$   
2. medizinische Gruppe      $\geq 140$       $< 140$   
Ausfälle                       nein     ja     rechts     links     oben     unten

c) Augenbeweglichkeit  nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft  
Doppelbilder            nein     ja, Richtung: \_\_\_\_\_

d) Bemerkungen: \_\_\_\_\_

e) Beurteilung

Anforderungen der:

- |   |   |
|---|---|
| 1. medizinischen Gruppe                           | 2. medizinischen 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            |

f) Bestätigung über die Sehhilfe der kontrollierten Person

ist im Besitz einer Sehhilfe, mit der die in Bst. a) angegebenen Visuswerte erreicht werden

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Optikerperson)



Öffnungszeiten Montag bis Freitag:  
07.30 - 11.45 h  
13.00 - 16.30 h

Hinterbergstrasse 41, 6312 Steinhausen  
T +41 41 728 47 11, info.stva@zg.ch  
www.zg.ch/strassenverkehrsamt