

## Augenärztliches Zeugnis zur Fahreignung

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_  w  m**Untersuchung vom** \_\_\_\_\_**Fernvisus**

Rechts: unkorrigiert \_\_\_\_\_ korrigiert \_\_\_\_\_

Links: unkorrigiert \_\_\_\_\_ korrigiert \_\_\_\_\_

**Korrigierter FV wird erreicht:**  mit eigener Brille  mit angepasster Korrektur**Gesichtsfeld****Binokulares horizontales Gesichtsfeld**

1. med. Gruppe  $\geq 120^0$   Ja  Nein  
 2. med. Gruppe  $\geq 140^0$   Ja  Nein

**Falls Nein:** Befund kinetische Perimetrie beilegenBestehen Gesichtsfeldausfälle?  Ja  Nein **Falls Ja:** Welche? \_\_\_\_\_**Zentrales Gesichtsfeld** (1. med. Gruppe  $20^0$  / 2. med. Gruppe  $30^0$ )Ist anzunehmen, dass das binokulare zentrale GF intakt ist?  Ja  Nein **Falls Nein:** Befund statische Perimetrie beilegen**Augenbeweglichkeit**

**Doppelbilder**  Ja  Nein **Falls Ja:** Welche? \_\_\_\_\_  
**Bewegungsstörung**  Ja  Nein **Falls Ja:** Welche? \_\_\_\_\_

**Ophthalmologische Diagnose**

Diagnose \_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

(z. B. auffällige Kognition, andere verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen) \_\_\_\_\_

**Ophthalmologische Schlussfolgerungen**

Die Mindestanforderungen sind gemäss VZV für die:

<b>1. med. Gruppe</b>	<b>2. med. Gruppe</b>
<input type="checkbox"/> <b>Ohne</b> Auflagen erfüllt	<input type="checkbox"/> <b>Ohne</b> Auflagen erfüllt
<input type="checkbox"/> Nur mit folgenden <b>Auflagen</b> erfüllt: <input type="checkbox"/> Sehhilfe <input type="checkbox"/> Nachtfahrverbot <input type="checkbox"/> Regelmässige augenärztliche Kontrolle	<input type="checkbox"/> Nur mit folgenden <b>Auflagen</b> erfüllt: <input type="checkbox"/> Sehhilfe <input type="checkbox"/> Regelmässige augenärztliche Kontrolle
<input type="checkbox"/> <b>Nicht</b> erfüllt	<input type="checkbox"/> <b>Nicht</b> erfüllt

 Ein augenärztlicher Verlaufsbericht ist einzureichen im (Monat / Jahr) \_\_\_\_\_ Eine verkehrsmedizinische Abklärung ist notwendig \_\_\_\_\_**Ernsthafte Zweifel** Es bestehen ernsthafte Zweifel an der Fahreignung, sodass zunächst kein Fahrzeug gelenkt werden sollte, bis weitere Abklärungen getroffen wurden.

Datum \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift \_\_\_\_\_

- Wir bitten Sie, das Zeugnis an das zuständige Strassenverkehrsamt des Wohnkantons zu senden  
 Wir bitten Sie, das Zeugnis an die Verkehrsmedizin Rotkreuz zu senden (siehe untenstehende Adresse)