

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 $\geq 120^\circ$ Ja Nein

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

Falls Nein: Befund kinetische Perimetrie beilegen

Bestehen Gesichtsfeldausfälle? Ja Nein **Falls Ja:** Welche? _____

Zentrales Gesichtsfeld (1. med. Gruppe 20° / 2. med. Gruppe 30°)

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:

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"/> Nachtfahrverbot <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

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)