

Name, Vorname:

Geb.:

Untersuchung vom:

1. Fernvisus: rechts unkorrigiert: korrigiert:

links unkorrigiert: korrigiert:

Korrigierter FV wird erreicht:

mit eigener Brille

mit angepasster Korrektur

2. Gesichtsfeld: Binoculares horizontales GF

1.med. Gruppe  $\geq 120^{\circ}$  Ja Nein

Wird die minimale Aussengrenze rechts und links von  $50^{\circ}$  erreicht? Ja Nein

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

Wird die minimale Aussengrenze rechts und links von  $70^{\circ}$  erreicht? Ja Nein

Bestehen Gesichtsfeldausfälle? Ja Nein Falls Ja: Welche?

3. Augenbewegung

3.1 Doppelbilder: ohne? Ja Nein Falls Ja: Welche?

3.2 Bewegungsstörung: Ja: Nein Falls Ja: Welche?

4. Bemerkungen:

5. Schlussfolgerungen

1.med. Gruppe: Sehhilfe notwendig: Ja Nein

2.med. Gruppe: Sehhilfe notwendig: Ja Nein

Ergänzende Augenärztliche Stellungnahme notwendig: Ja Nein

Begründung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:

<sup>1</sup> Formular auszufüllen durch den Hausarzt, Augenarzt oder eidg. diplomierten Optiker

Wir bitten Sie, das Zeugnis an das zuständige Strassenverkehrsamt des Wohnkantons zu senden

Wir bitten Sie, das Zeugnis zu senden an: Institut für Rechtsmedizin, Verkehrsmedizin, Rorschacher Strasse 95, 9007 St. Gallen/ E-Mail: irmvm@kssg.ch