



## Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt

Administrativmassnahmen

Frongartenstrasse 5

9001 St.Gallen

### Augenärztliches Zeugnis (Meldung an die kantonale Behörde)

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

(ersichtlich auf der Krankenversicherungskarte)

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

#### 1. Die Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang 1 der VZV wurden geprüft für

- die erste medizinische Gruppe (Kategorien A, A1, B, B1, F, G, M / Schifffahrt: Kategorien A und D)
- die zweite medizinische Gruppe (Kategorien C, C1, D, D1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexpertin oder Verkehrsexperte / Schifffahrt: Kategorien B und C)

#### 2. Befunde Sehvermögen

##### 2.1 Sehschärfe / Fernvisus:

rechts                      unkorrigiert      \_\_\_\_\_                      korrigiert      \_\_\_\_\_  
links                        unkorrigiert      \_\_\_\_\_                      korrigiert      \_\_\_\_\_

- 2.2 **Gesichtsfeld:**                       entspricht den Mindestanforderungen nach Anhang 1 VZV für die  
 erste medizinische Gruppe                       zweite medizinische Gruppe                       ist eingeschränkt \*

- 2.3 **Augenbeweglichkeit:**                       ohne Einschränkung                       mit Einschränkung \*

- 2.4 **Doppelbilder:**                       nein                       ja \*

\* Bitte unter Bemerkungen den Augenbefund, der die Einschränkung bedingt, aufführen.

Bemerkungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 3. Beurteilung

Die Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang 1 VZV für die

- |                                                                             |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>erste medizinische Gruppe</b>                   | <input type="checkbox"/> <b>zweite medizinische Gruppe</b>                  |
| <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 oder einen Arzt | <input type="checkbox"/> eine Beurteilung durch eine Ärztin oder einen Arzt |
| <input type="checkbox"/> Stufe 3 <input type="checkbox"/> Stufe 4           | <input type="checkbox"/> Stufe 3 <input type="checkbox"/> Stufe 4           |

Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

Global Location Number (GLN) der Ärztin oder des Arztes \_\_\_\_\_

Ort und Datum  
\_\_\_\_\_

Stempel

Unterschrift der Ärztin oder des Arztes  
\_\_\_\_\_