



**Ausfüllen durch Bewerber/in:**


(CH-Identitätskarte oder Niederlassungsbewilligung-C sind dem/r Optiker/in oder Augenarzt/ärztin vorzulegen)

Name: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

**Ausfüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Augenarzt/ärztin:**

Sehtest für Kat. D1/C				
Sehschärfe: Fernvisus	unkorrigiert		korrigiert	
	R:_____	L:_____	R:_____	L:_____
Horizontales Gesichtsfeld	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> > 140°	<input type="checkbox"/> < 140°	
Ausfälle:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Augenbeweglichkeit	<input type="checkbox"/> nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft			
Doppelbilder:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Blickrichtung_____		
Stereosehen	Bestehen wesentliche Einschränkungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Pupillenmotorik	Liegt eine Anisokorie vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Lichtreaktion	<input type="checkbox"/> prompt (beidseitig) <input type="checkbox"/> verzögert oder fehlend			
Anforderungen für Führerausweis Kat. C 	<input type="checkbox"/> erfüllt			
	<input type="checkbox"/> mit Brille oder Kontaktlinsen erfüllt			
	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt			
Bemerkung: _____				

Ort/Datum	Unterschrift
_____	_____ Bewerber/in
_____	_____ Optiker/in (Stempel & Unterschrift) oder Augenarzt/ärztin (Stempel & Unterschrift)