

Halter-Nr. : .....  
 Geburtsdatum : .....  
 Heimatort : .....  
 (Für Ausländer: Heimatland) .....

Sitten, den

**Meldung an die kantonale Behörde**

**Augenärztliches Zeugnis**

Schweizerische Eidgenossenschaft  
 Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958

**A. Die Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang 1 VZV wurden geprüft für:**

- die 1. medizinische Gruppe (A, A1, B, B1, F, G, M)
- die 2. medizinische Gruppe (D, D1, C, C1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexperten)

**B. Befunde** (für sämtliche Ausweiskategorien)

1. Sehschärfe (Fernvisus)

**unkorrigiert** : rechts : ..... links: .....

**korrigiert**: rechts : ..... links: .....

2. Gesichtsfeld: entspricht den Mindestanforderungen nach Anhang 1 VZV:

für die 1. med. Gruppe  für die 2. med. Gruppe

ist eingeschränkt \*

3. Augenbeweglichkeit:  ohne Einschränkungen  mit Einschränkungen\*

4. Doppelbilder:  nein  ja\*

\* Bitte unter Bemerkungen den Augenbefund, der die Einschränkungen bedingt, nennen.

Bemerkungen: .....

**C. Beurteilung**

Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang 1 VZV für die

	<b>1. Gruppe:</b>	<b>2. Gruppe:</b>
<b>ohne</b> Sehhilfe erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>nur mit</b> Sehhilfe erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht erfüllt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Beurteilung durch einen Arzt gem. Art. 5a <sup>bis</sup> VZV notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Eine nächste augenärztliche Kontrolluntersuchung für die Fahrtauglichkeit muss durchgeführt werden:**  ja  nein

**Wenn ja, in wie viele Monaten ?** \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: ..... Global Location Number (GLN) der Ärztin/des Arztes: .....

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes: .....

Zutreffendes bitte ankreuzen