



# Augenärztliches Zeugnis zur Fahreignung

Name, Vorname:

Geb.:

Untersuchung vom:

- 1. Fernvisus:**
- |               |               |             |
|---------------|---------------|-------------|
| <b>rechts</b> | unkorrigiert: | korrigiert: |
| <b>links</b>  | unkorrigiert: | korrigiert: |
- Korrigierter FV wird erreicht:**  mit eigener Brille  mit angepasster Korrektur

## 2. Gesichtsfeld

### 2.1 Binoculares 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?

### 2.2 Zentrales Gesichtsfeld:

- Ist anzunehmen, dass das binoculare zentrale GF intakt ist?  Ja  Nein
- Falls Nein:** Befund statische Perimetrie beilegen

## 3. Augenbeweglichkeit

- 3.1 Doppelbilder:**  Ja  Nein **Falls Ja:** Welche?
- 3.2 Bewegungsstörung:**  Ja  Nein **Falls Ja:** Welche?

## 4. Ophthalmologie Diagnose:

## 5. Bemerkungen (z.B. auffällige Kognition, andere verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen)

## 6. 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 <b>Auflagen</b> erfüllt: <input type="checkbox"/> Sehhilfe <input type="checkbox"/> Nachtfahrverbot <input type="checkbox"/> Regelmässige augenärztliche Kontrolle	<input type="checkbox"/> nur mit folgenden <b>Auflagen</b> erfüllt: <input type="checkbox"/> Sehhilfe <input type="checkbox"/> Regelmässige augenärztliche Kontrolle

Ein augenärztlicher Verlaufsbericht ist einzureichen im (Monat/Jahr)

Eine verkehrsmedizinische Abklärung ist notwendig

Datum:

Stempel/Unterschrift:

- Wir bitten Sie, das Zeugnis an das zuständige Strassenverkehrsamt des Wohnkantons zu senden
- Wir bitten Sie, das Zeugnis an die Verkehrsmedizin Thurgau zu senden (Adresse, E-Mail; siehe Fusszeile)