

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:**

**2.1. Binoculares horizontales Gesichtsfeld:**

1.med. Gruppe  $\geq 120^{\circ}$       Ja      Nein      **Falls Nein:** Befund kinetische Perimetrie beilegen  
2.med. Gruppe  $\geq 140^{\circ}$       Ja      Nein

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. Ophthalmologische 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
ohne Auflagen erfüllt	ohne Auflagen erfüllt
nur mit folgenden <b>Auflagen</b> erfüllt: Sehhilfe Nachtfahrverbot Regelmässige augenärztliche Kontrolle	nur mit folgenden <b>Auflagen</b> erfüllt: Sehhilfe 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 ~~XXXXXXXX~~*

*Wir bitten Sie, das Zeugnis an das Institut für Rechtsmedizin des Kantonsspitals St.Gallen zu senden (Adresse, E-Mail; siehe Briefkopf)*