

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:** Binoculares horizontales GF

1.med. Gruppe  $\geq 120^0$       Ja      Nein

Wird die minimale Aussengrenze rechts und links von  $50^0$  erreicht?      Ja      Nein

2.med. Gruppe  $\geq 140^0$       Ja      Nein

Wird die minimale Aussengrenze rechts und links von  $70^0$  erreicht?      Ja      Nein

Bestehen Gesichtsfeldausfälle?      Ja      Nein      **Falls Ja:** Welche?

3. **Augenbewegung**

3.1 **Doppelbilder:** ohne?      Ja      Nein      **Falls Ja:** Welche?

3.2 **Bewegungsstörung:**      Ja:      Nein      **Falls Ja:** Welche?

4. **Bemerkungen:**

5. **Schlussfolgerungen**

1.med. Gruppe: Sehhilfe notwendig :      Ja      Nein

2.med. Gruppe: Sehhilfe notwendig :      Ja      Nein

Ergänzende Augenärztliche Stellungnahme notwendig:      Ja      Nein

**Begründung:**

Datum:

Stempel/Unterschrift:

<sup>1</sup> **Formular auszufüllen durch den Hausarzt, Augenarzt oder eidg. diplomierten Optiker**

*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)*