



7. Sehtest

auszufüllen durch einen autorisierten Augenoptiker (gültig 24 Monate)

(zutreffende Werte bitte ankreuzen)

Sehschärfe unkorrigiert	<0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	>1.0
rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehschärfe korrigiert	<0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	>1.0
rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Horizontales Gesichtsfeld

$\geq 140^\circ$ $< 140^\circ$ $\geq 120^\circ$ $< 120^\circ$

Ausfälle? nein ja: rechts links oben unten

Augenbeweglichkeit

nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links, links unten geprüft.

Doppelbilder

Vorhanden? nein ja, Richtung

Resultat

Anforderungen der Gruppe 1 2 erfüllt.

mit ohne Sehhilfe nur mit augenärztlicher Zustimmung

Name (Identität überprüft)

Vorname(n)

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

 . .

Datum

Stempel und Unterschrift des Augenoptikers