Kanton St.Gallen
Sicherheits- und Justizdepartement

Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt

Augenärztliches Zeugnis (Meldung an die kantonale Behörde)

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Wohnort/Strasse:

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

☐ die erste medizinische Gruppe (A,A1,B,B1,F,G,M) / Schifffahrt: Kategorie A,D
☐ die zweite medizinische Gruppe (D,D1,C,C1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexperte) Schifffahrt: Kategorie B,C

B. Befunde

1 Für sämtliche Ausweiskategorien

1.1 Sehschärfe/Fernvisus:
Rechts: unkorrigiert: …… korrigiert: ……
Links: unkorrigiert: …… korrigiert: ……

1.2 Gesichtsfeld: ☐ entspricht den Mindestanforderungen nach Anhang 1 VZV für die
☐ 1. Medizinische Gruppe ☐ 2. Medizinische Gruppe
☐ ist eingeschränkt *:

1.3 Augenbeweglichkeit: ☐ ohne Einschränkung ☐ mit Einschränkung*

1.4 Doppelbilder ☐ nein ☐ ja*
* Bitte unter Bemerkungen den Augenbefund, der die Einschränkung bedingt, nennen.

Bemerkungen:
……
……
……

C. Beurteilung

☐ **Mindestanforderungen an das Sehvermögen nach Anhang 1 VZV für die:**

☐ **1. Medizinische Gruppe:**
☐ ohne Sehhilfe erfüllt
☐ nur mit Sehhilfe erfüllt
☐ nicht erfüllt
☐ eine Beurteilung durch eine Ärztin/Arzt ☐ Stufe 3 ☐ Stufe 4

☐ **2. Medizinische Gruppe:**
☐ ohne Sehhilfe erfüllt
☐ nur mit Sehhilfe erfüllt
☐ nicht erfüllt
☐ eine Beurteilung durch eine Ärztin/Arzt ☐ Stufe 3 ☐ Stufe 4

Untersuchungsdatum: ……

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

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes:……