



## 7. Sehtest

auszufüllen durch einen autorisierten Augenoptiker oder Arzt (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/Arztes