



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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
links	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
links	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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