

Attest über Sehvermögen **Hochseeausweis 340.09**

Name/Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Wohnort _____

1. Die Prüfung über genügendes Sehvermögen muss durch eine Ärztin oder einen Arzt oder durch eine dipl. Augenoptikerin oder einen dipl. Augenoptiker vorgenommen die Ergebnisse im Formular eingetragen werden.

2. Sehschärfe

- Anforderungen an zweiäugige:
- schlechteres Auge, korrigiert mind 0,1
 - besseres Auge, korrigiert mind. 0,6
 - kein Doppelsehen
 - Gesichtsfeld horizontal, mind. 140°

- Anforderungen an einäugige:
- Einäugige oder einseitig erblindete Personen bei einer Wartefrist von mindestens 4 Monaten nach Zustandekommen der Einäugigkeit
 - korrigiertes Auge mind. 0,8
 - Gesichtsfeld horizontal, mind. 100°

Resultat:

rechtes Auge unkorr: korr: linkes Auge unkorr: korr:

Muss Brille oder Kontaktlinsen tragen:

ja nein

3. Farbtüchtigkeit

- Anforderungen: Ishihara: mind. Tafeln 1 bis 9, 12 und 13, fehlerfrei, oder Rodenstock

Resultat: erfüllt nicht erfüllt

4. Gesichtsfeld (kursorische Prüfung)

Resultat: erfüllt nicht erfüllt

5. Bemerkungen

Datum: _____

Stempel + Unterschrift
Arzt / Ärztin oder
dipl. Augenoptiker/in: