



## 7. Sehtest

auszufüllen durch einen autorisierten Augenoptiker (gültig 24 Monate)

### Sehschärfe unkorrigiert (zutreffende Werte bitte ankreuzen)

	<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

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

Ausfälle?  nein  ja:  rechts  links

### Augenbeweglichkeit

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

### Doppelbilder

Vorhanden?  nein  ja, Richtung

Auszufüllen für Gruppe 1 und 2

### Stereosehen

Bestehen wesentliche Einschränkungen?  ja  nein

### Pupillenmotorik

Liegt eine Anisokorie vor?  ja  nein

Lichtreaktion  prompt (beidseitig)  verzögert oder fehlend

### Resultat

Anforderungen der Gruppe  1  2  3 erfüllt

mit  ohne Brille oder Kontaktlinsen  nur mit augenärztlicher Zustimmung

Name (Identität überprüft)

Vorname(n)

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

 .  . 

Datum

     

Stempel und Unterschrift des Augenoptikers