

Name, Vorname

**An die Testdurchführer: Die Personalien bitte anhand eines Ausweises prüfen. Vielen Dank.**

## Sehtest

Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Augenarzt/ärztin

### Sehschärfe

|           |              |   |            |   |
|-----------|--------------|---|------------|---|
| Fernvisus | unkorrigiert |   | korrigiert |   |
|           | R            | L | R          | L |

### Horizontales Gesichtsfeld

|          |                     |    |        |        |
|----------|---------------------|----|--------|--------|
|          | keine Einschränkung |    | ≥ 140° | < 140° |
| Ausfälle | Nein                | Ja | rechts | links  |

### Augenbeweglichkeit

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

|              |      |    |               |
|--------------|------|----|---------------|
| Doppelbilder | Nein | Ja | Blickrichtung |
|--------------|------|----|---------------|

### Stereosehen

|                                       |    |      |
|---------------------------------------|----|------|
| Bestehen wesentliche Einschränkungen? | Ja | Nein |
|---------------------------------------|----|------|

### Pupillenmotorik

|                            |                     |                        |
|----------------------------|---------------------|------------------------|
| Liegt eine Anisokorie vor? | Ja                  | Nein                   |
| Lichtreaktion              | prompt (beidseitig) | verzögert oder fehlend |

### Resultat

Anforderung der Gruppe **C** erfüllt  
 Ohne Sehhilfe  
 mit Brille oder Kontaktlinsen  
 Nur mit augenärztlicher Zustimmung

Bemerkungen

## Gewünschte Kategorie/n

A ohne Beschränkung

- A 25 kW 
- A1 
- B 
- B1 
- C** 
- C1 
- D 
- D1 
- BE 
- CE 
- C1E 
- DE 
- D1E 
- F 
- G 
- M 
- BPT BPT

Datum

Stempel / Unterschrift  
 Optiker/in / oder Augenarzt/ärztin

Unterschrift Bewerber/in