

Sehtest zum Bewerbungsdossier

Bitte lassen Sie dieses Formular von einem ASO-Optiker (Schweizerischer Optikerverband; Liste unter www.sov.ch / Optiker) oder einem Augenarzt ausfüllen.

Nehmen Sie anlässlich der Kontrolle Ihre Sehbrille und/oder Kontaktlinsen mit.

Durch die Kandidatin/den Kandidaten auszufüllen:

Name
Vorname
Geburtsdatum
Heimatort

- ☐ Ich trage normalerweise eine Sehbrille.
☐ Ich trage normalerweise Kontaktlinsen.
☐ Ich trage weder eine Sehbrille noch Kontaktlinsen.

Durch meine Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass die Auskünfte bezüglich einer eventuellen Augenerkrankung oder Sehstörung an das/die betroffene/n Polizeikorps übermittelt werden und entbinde somit den Optiker oder Augenarzt vom Berufsgeheimnis.

Datum Unterschrift

Durch den Optiker oder Augenarzt auszufüllen

Bitte prüfen Sie die Identität der Person mittels einem amtlichen Ausweis.

1. Binokularesehen

☐ normal ☐ gestört ☐ Doppelsehen

Bemerkungen zur Diagnostik:

.....
.....

2. Stereoskopisches Sehen

☐ normal ☐ leicht gestört ☐ stark gestört

Bemerkungen zur Diagnostik:

.....
.....

3. Farbsehen

☐ normal ☐ gestört ☐ anormal

Bemerkungen zur Diagnostik:

.....
.....

4. Horizontales Sichtfeld

☐ mehr als 160° ☐ mindestens 140° ☐ weniger als 140°

Bemerkungen zur Diagnostik:

.....
.....

5. Strabismus

☐ ja ☐ nein

Bemerkungen zur Diagnostik:

.....
.....

6. Sehschärfe unkorrigiert

Rechts	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
Links	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0

Bemerkungen zur Diagnostik:

.....
.....

7. Sehschärfe korrigiert

Rechts	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0
Links	0.0	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0

Bemerkungen zur Diagnostik:

.....
.....

Ich bestätige hiermit, dass ich die oben erwähnte Person untersucht und vorstehende Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift

.....

Dieses Formular wird anschliessend dem für die ärztliche Untersuchung zuständigen Arzt zugestellt.