

Examen de vue / Sehtest

Nom / Name Prénom / Vorname.....
Date de naissance / Geburtsdatum..... Adresse exacte / genaue Adresse

1. Vision binoculaire / Binokularsehen

normale / normal perturbée / gestört diplopie / Doppelsehen

Remarque sur le diagnostic
Bemerkungen zur Diagnostik

2. Vision stéréoscopique / stereoskopisches Sehen

normale / normal légèrement diminuée / leicht gestört fortement diminuée / stark eingeschränkt

Remarque sur le diagnostic
Bemerkungen zur Diagnostik

3. Vision des couleurs / Farbsehen

normale / normal légèrement perturbée / leichtgestört anormale / anormal

Remarque sur le diagnostic
Bemerkungen zur Diagnostik

4. Champ visuel / Gesichtsfeld

horizontal 160° horizontal au moins / mindestens 140° en-dessous de / unter 140°

Remarque sur le diagnostic
Bemerkungen zur Diagnostik

5. Acuité visuelle non corrigée (entourer la valeur exacte) Sehschärfeunkorrigiert (zutreffen den Werteinkreisen)

Droite / rechts: 0,0 0,1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0
Gauche / links: 0,0 0,1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0

Remarque sur le diagnostic
Bemerkungen zur Diagnostik

6. Acuité visuelle avec lunettes/verres de contact (entourer la valeur exacte) Sehschärfe mit Brille/ Kontaktlinsen (zutreffenden Werteinkreisen)

Droite / rechts: 0,0 0,1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0
Gauche / links: 0,0 0,1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1,0

Remarque sur le diagnostic
Bemerkungen zur Diagnostik

Je déclare avoir examiné la personne citée en marge et avoir répondu exactement et en toute conscience aux questions qui précèdent.

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

Lieu et date / Ort und Datum : Timbre et signature / Stempel und Unterschrift :

Ce formulaire sera transmis par la suite au médecin chargé de la visite médicale.
Dieses Formular wird anschließend dem für die ärztliche Untersuchung zuständigen Arzt zugestellt.