



## Gesuch um Aufhebung/Eintragung der Auflage 01 im Führerausweis

### Personalien

Name (Ledigname aufführen, sofern nicht mit dem Familiennamen identisch)

\_\_\_\_\_

Vorname(n)

\_\_\_\_\_

Strasse / Nummer

\_\_\_\_\_

PLZ

Wohnort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heimatort(e) / Kanton (Ausländer Heimatstaat)

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Telefonnummer

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Früherer Wohnort

\_\_\_\_\_

weiblich männlich




Bitte nicht ausfüllen	<b>Gesuchskontrolle</b>	<b>ADMAS</b>
	<b>Arzt</b>	<b>Auflagen</b>
	<b>Bemerkungen</b>	<b>(Ref. Nr.)</b>

▼ Unterschrift Gesuchsteller/in (innerhalb des Feldes, in schwarzer Farbe) ▼

Ort und Datum:

\_\_\_\_\_

► **Sehtest, auszufüllen durch einen Arzt oder autorisierten Augenoptiker** (gültig 24 Monate) ◀

**Sehschärfe unkorrigiert** (zutreffende Werte bitte ankreuzen)

rechts	< 0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	> 1.0
links	< 0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	> 1.0

**Sehschärfe korrigiert**

rechts	< 0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	> 1.0
links	< 0.1	0.1	0.2	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	> 1.0

**Horizontales Gesichtsfeld**

≥ 120°  < 120° für Gruppe 1  ≥ 140°  < 140° 2° groupe

Ausfälle?  nein  ja:  rechts  links  
 oben  unten

**Resultat**

1 2

Anforderungen der Gruppe   erfüllt

mit  ohne Sehhilfe  
 nur mit augenärztlicher Zustimmung

**Augenbeweglichkeit**

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

Name (Identität überprüft)

\_\_\_\_\_

**Doppelbilder**

Vorhanden?  nein  ja, Richtung \_\_\_\_\_

Vorname(n)

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes oder Augenoptikers

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_