

Prüfergebnis

Proband:

Geburtsdatum:

Strasse:

Ort:

Firma:

Untersuchung:

Datum:

Zusammenfassung					
Testschritt	Sehhilfe	Entfernung	Rechts	Links	Binokular
Sehschärfe					
Unendlich					--

Beurteilung

keine Bedenken

☐

keine Bedenken unter Voraussetzung

☐

augenärztliche Untersuchung empfohlen

☐