

## Sehfähigkeitsbescheinigung

### Nachweis der erforderlichen Sehfähigkeit für das Personal der zerstörungsfreien Werkstoffprüfung nach DIN EN ISO 9712:2022-09 Abschn. 7.4

Frau / Herr

Vorname:

Dirk

Name:

Köllner

Geb. -datum/-ort:

05.04.1983 / Andernach

#### Nahsehfähigkeit überprüft <sup>1)</sup> ...

- ☐ mit einer Jäger-Test-Tafel, Jäger-Nummer-1-Buchstaben in min. 300 mm Abstand  
☒ mit Schriftzeichen (TIMES ROMAN, N = 4,5) in min. 300 mm Abstand  
☐ nach DIN EN ISO 18490 mit einer Sehprobentafel (E-Zeichen) im Abstand von 400 ±25 mm

#### Fernsehfähigkeit überprüft <sup>1)</sup> ... (nur für VT-Personal nach DIN EN 13018 erforderlich):

- ☒ nach DIN EN ISO 8596 mit Landolt-Sehzeichen in min. 4 m Abstand, Wert ≥ 0,63

#### Farbsehvermögen und/oder Grauschattierungen überprüft <sup>1)</sup> ...

- ☒ mit einer Farbsinnprüftafel nach Ishihara (min. 24 Tafeln)  
☒ mit einer Testtafel mit Grauschattierungen in 30–50 cm Abstand (Shades of Gray)

#### Ergebnis der Überprüfung <sup>1)</sup>:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Eine ausreichende Nahsehfähigkeit <sup>2)</sup></b><br><input type="checkbox"/> ist natürlich (ohne Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden<br><input checked="" type="checkbox"/> ist korrigiert (mit Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden<br><input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden (erneute Überprüfung notwendig)                    | <b>Eine ausreichende Fernsehfähigkeit <sup>2)</sup></b><br><input type="checkbox"/> ist natürlich (ohne Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden<br><input checked="" type="checkbox"/> ist korrigiert (mit Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden<br><input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden (erneute Überprüfung notwendig) |
| <b>Ein Farbsehvermögen <sup>3)</sup></b><br>wie vom Arbeitgeber vorgegeben<br><input checked="" type="checkbox"/> ist vorhanden<br><input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden<br><input type="checkbox"/> rotschwäche / <input type="checkbox"/> grünschwäche / <input type="checkbox"/> blauschwäche<br><input type="checkbox"/> wurde zuletzt geprüft: _____ | <b>Ein Kontrast zwischen Grauschattierungen <sup>3)</sup></b><br><input checked="" type="checkbox"/> ist vorhanden<br><input type="checkbox"/> ist nicht vorhanden<br><input type="checkbox"/> wurde zuletzt geprüft: _____                                                                                                                    |

Bemerkungen: 1) Zutreffendes bitte ankreuzen; 2) ohne erneute Überprüfung max. 12 Monate gültig; 3) ohne erneute Prüfung max. 5 Jahre gültig

Bemerkungen:

#### Bestätigung:

Datum / Name / Unterschrift / Stempel:

19.05.2026

D. Wanders

(medizinisches Fachpersonal / Optiker / von Stufe 3 zugelassenes Fachpersonal)

#### Bestätigung des Arbeitgebers:

Datum / Name / Unterschrift / Stempel:

19.05.26

**Wanders**  
Technische Qualitätssicherung  
Tel.: +49 (0) 2651 236482  
Fax: +49 (0) 2651 236493  
E-Mail: info@mg-zfp.de  
Dietmar Wanders  
Bergstr. 5  
D-47638 Straelen  
**MG-ZFP GmbH**  
An der Rast 3 / 56727 S. Joh.  
Info@mg-zfp.de / www.mg-zfp.de  
Tel.: 02651 - 3282 / Fax: 02651 - 762.