

Sehfähigkeitsbescheinigung

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

Frau / Herr

Vorname:

Name:

Geb. -datum: Geb.-ort:

Die Nahsehfähigkeit wurde überprüft ¹⁾...

- ☐ 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

Die Fernsehfähigkeit wurde überprüft ¹⁾... (nur für VT-Personal nach DIN EN 13018 erforderlich)

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

Das Farbsehvermögen und/oder die Graustufenwahrnehmung wurden überprüft ¹⁾...

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

Ergebnis der Überprüfung ¹⁾:

Die Nahsehfähigkeit ²⁾... ☐ ist natürlich (ohne Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden ☐ ist korrigiert (mit Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden ☐ mit Brille ☐ mit Kontaktlinse(n) ☐ ist nicht vorhanden (erneute Überprüfung notwendig)	Die Fernsehfähigkeit ²⁾... ☐ ist natürlich (ohne Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden ☐ ist korrigiert (mit Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden ☐ mit Brille ☐ mit Kontaktlinse(n) ☐ ist nicht vorhanden (erneute Überprüfung notwendig)
Das Farbsehvermögen ³⁾... - wie vom Arbeitgeber vorgegeben - ☐ ist ohne Einschränkungen vorhanden ☐ ist mit Einschränkungen vorhanden ☐ Rot-Schwäche - liegt vor ☐ Grün-Schwäche - liegt vor ☐ Rot-Grün-Schwäche - liegt vor ☐ wurde zuletzt geprüft am	Die Graustufenwahrnehmung ³⁾... ☐ wurde nicht überprüft, da das Farbsehvermögen ohne Einschränkungen vorhanden ist ☐ wurde überprüft und ist ohne Einschränkungen vorhanden ☐ wurde zuletzt geprüft am

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: _____
medizinisches Fachpersonal # Augenoptiker*in # von zfP-Stufe 3 zugelassenes Fachpersonal

Bestätigung des Arbeitgebers:

Datum / Name / Unterschrift / Stempel: _____