

Sehfähigkeitsbescheinigung

Nachweis der erforderlichen Sehfähigkeit für das Personal der zerstörungsfreien Werkstoffprüfung „Prüfwerker“ nach DIN 54161 Abschn. 5.2.2

Frau / Herr

Vorname: _____

Name: _____

Geb. -datum/-ort: _____

Nahsehfähigkeit¹⁾ (in min. 30 cm Abstand):

- mit einer Jäger-Test-Tafel, Jäger-Nummer-1-Buchstaben oder
- mit Sehzeichen mit einer Schrifthöhe von max. 1,6 mm oder
- mit Sehzeichen mit einer Schriftgröße N = 4,5 „Times Roman“

Fernsehfähigkeit¹⁾ (in min. 4 m Abstand, Wert $\geq 0,63$) (nur für VT-Personal nach EN 13018):

- mit Landoltringen nach EN ISO 8596 oder
- mit vergleichbaren Sehzeichen

Farbsehvermögen¹⁾ / Grauschattierungen¹⁾:

- mit einer Farbsinnprüftafel nach Ishihara und / oder
- mit einer Testtafel mit Grauschattierungen in 30–50 cm Abstand (Shades of Gray)

Ergebnis der Überprüfung¹⁾:

| Eine ausreichende Nahsehfähigkeit ²⁾ ... | Eine ausreichende Fernsehfähigkeit ²⁾ ... |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ist natürlich (<i>ohne Sehhilfe</i>) mit mindestens einem Auge vorhanden | <input type="checkbox"/> ist natürlich (<i>ohne Sehhilfe</i>) mit mindestens einem Auge vorhanden |
| <input type="checkbox"/> ist korrigiert (<i>mit Sehhilfe</i>) mit mindestens einem Auge vorhanden | <input type="checkbox"/> ist korrigiert (<i>mit Sehhilfe</i>) mit mindestens einem Auge vorhanden |
| <input type="checkbox"/> ist <u>nicht</u> vorhanden | <input type="checkbox"/> ist <u>nicht</u> vorhanden |
| Ein ausreichendes Farbsehvermögen... (wie vom Arbeitgeber gefordert) | Ein ausreichender Kontrast zwischen Grauschattierungen... |
| <input type="checkbox"/> ist vorhanden | <input type="checkbox"/> ist vorhanden |
| <input type="checkbox"/> ist <u>nicht</u> vorhanden | <input type="checkbox"/> ist <u>nicht</u> vorhanden |
| <input type="checkbox"/> wurde nicht geprüft | <input type="checkbox"/> wurde nicht geprüft |

1) Zutreffendes bitte ankreuzen 2) ohne erneute Überprüfung max. 12 Monate gültig

Bemerkungen¹⁾:

- es wurden keine Farben/Farbtöne vom Arbeitgeber vorgegeben
- es wurden folgende Farben/Farbtöne vom Arbeitgeber vorgegeben

Bestätigung:

Datum / Name / Unterschrift / Stempel: _____
(Augenarzt / Optiker / zertifizierte Stufe 3 Person)

Bestätigung des Arbeitgebers:

Datum / Name / Unterschrift / Stempel: _____