

Sehfähigkeitsbescheinigung

Nachweis der erforderlichen Sehfähigkeit für das Personal der zerstörungsfreien Werkstoffprüfung nach EN ISO 9712:2012-12 Abschn. 7.4

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 korrigiert (<i>mit Sehhilfe</i>) mit mindestens einem Auge vorhanden <input type="checkbox"/> ist <u>nicht</u> 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 <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 <u>nicht</u> vorhanden <input type="checkbox"/> wurde nicht geprüft	<input type="checkbox"/> ist vorhanden <input type="checkbox"/> ist <u>nicht</u> vorhanden <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: _____