Sehfähigkeitsbescheinigung

Wanders
Technische Qualitätssicherung

Nachweis der erforderlichen Sehfähigkeit für das Personal der zerstörungsfreien Prüfung (ZfP) nach DIN EN ISO 9712:2022-09 und DIN EN 13018:2016-06

Frau / Herr

Name, Vorname: _____

Geb. -datum/-ort: _____

Nahsehfähigkeit überprüft[1] …

☐ mit einer Jäger-Test-Tafel, Jäger-Nummer-1-Buchstaben (J1) in 370 - 400 mm Abstand

☐ mit Schriftzeichen (TIMES ROMAN, N = 4,5) in 320 - 400 mm Abstand

Fernsehfähigkeit überprüft[1] … (nur für VT-Personal nach DIN EN 13018 erforderlich)**:**

☐ nach DIN EN ISO 8596:2020-05 mit Landolt-Sehzeichen (≥ 5 Sehzeichen) in 4,0 - 4,5 m Abstand, Sehschärfewert ≥ 0,63 (Kennzeichnung mit ≥ 0,60 zugelassen)

Farbsehvermögen und/oder Grauschattierungen überprüft[1] …

☐ mit einer Farbsinnprüftafel nach Ishihara (≥ 24 Tafeln) in 300 - 500 mm Abstand

☐ mit einer Testtafel mit 25 Graustufen in 300 - 500 mm Abstand

☐[1] Sehfähigkeit nach DIN EN ISO 18490:2026-08 „Bestimmung der Sehfähigkeit von ZfP-Personal“

Ergebnis der Überprüfung[1), 5)]:

- **der Nachweis zufriedenstellender Nahsehfähigkeit[2), 4)] wurde**

  ☐ ohne Sehhilfe erbracht | ☐ mit Sehhilfe erbracht | ☐ nicht erbracht

- **der Nachweis zufriedenstellender Fernsehfähigkeit[2), 4)] wurde**

  ☐ ohne Sehhilfe erbracht | ☐ mit Sehhilfe erbracht | ☐ nicht erbracht | ☐ nicht überprüft

- **der Nachweis des Farbsehvermögens[3), 4)]** (wie vom Arbeitgeber gefordert) **wurde**

  ☐ erbracht | ☐ nicht erbracht (Bestätigung des Arbeitgebers erforderlich)

  ☐ nicht überprüft (es ist eine Überprüfung mit einer Testtafel mit Graustufen erforderlich)

- **der Nachweis der Graustufen[3)] wurde** ☐ erbracht | ☐ nicht geprüft

☐ **der Nachweis der erforderlichen Sehfähigkeit(en)[4)] wurde *nicht* erbracht**

☐ Nahsehfähigkeit | ☐ Fernsehfähigkeit | ☐ ***Optiker und/oder Augenarzt aufsuchen***

Bestätigung:

Datum / Name / Unterschrift / Stempel: _____

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

Bestätigung des Arbeitgebers:

Datum / Name / Unterschrift / Stempel: _____

1) Zutreffendes bitte ankreuzen; 2) max. 12 Monate gültig; 3) max. 5 Jahre gültig; 4) wie für die ZfP-Tätigkeit und/oder Durchführung erforderlich; 5) Diese Bescheinigung ist mindestens 5 Jahre aufzubewahren

© Dietmar Wanders TQS, FBL-031 Sehfähigkeitsbescheinigung, Revision 03, Gültig ab 01.11.2026