

# 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/-ort: \_\_\_\_\_

### 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>:

#### Eine ausreichende Nahsehfähigkeit <sup>2)</sup>

- ist natürlich (ohne Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden
- ist korrigiert (mit Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden
- ist nicht vorhanden (erneute Überprüfung notwendig)

#### Eine ausreichende Fernsehfähigkeit <sup>2)</sup>

- ist natürlich (ohne Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden
- ist korrigiert (mit Sehhilfe) mit mindestens einem Auge vorhanden
- ist nicht vorhanden (erneute Überprüfung notwendig)

#### Ein Farbsehvermögen <sup>3)</sup>

wie vom Arbeitgeber vorgegeben

- ist vorhanden
- ist nicht vorhanden
  - rotschwäche /  grünschwäche /  blauschwäche

wurde zuletzt geprüft: \_\_\_\_\_

#### Ein Kontrast zwischen Grauschattierungen <sup>3)</sup>

- ist vorhanden
- ist nicht vorhanden

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: \_\_\_\_\_  
(medizinisches Fachpersonal / Optiker / von Stufe 3 zugelassenes Fachpersonal)

### Bestätigung des Arbeitgebers:

Datum / Name / Unterschrift / Stempel: \_\_\_\_\_