

Augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens nach Anlage 6 der Fahrerlaubnis-Verordnung

Familienname:	Vorname:	Geb.Datum:
---------------	----------	------------

Wohnanschrift:

Beantragte Fahrerlaubnisklasse:	Fahrerlaubnis bzw. Verlängerung der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (nach § 48 FeV)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---------------------------------	--	-----------------------------	-------------------------------

I. Untersuchungsbefund vom

1. Zentrale Sehschärfe (Glasstärke angeben)			
	rechts	links	Beidäugig
Ohne Korrektur	/ / =	/ / =	/ / =
mit Brille	/ / =	/ / =	/ / =
mit Kontaktlinse (KL)	/ / =	/ / =	/ / =
mit KL und Brille	/ / =	/ / =	/ / =

	Ergebnis	Methode
2. Gesichtsfeld		
3. Stereosehen		
4. Stellung, Motilität		
5. Dämmerungssehvermögen		
6. Blendempfindlichkeit		
7. Farbsehen		
8. Optische Medien		
9. Augenhintergrund		

10. Die vorhandene Sehhilfe ist richtig und für den Straßenverkehr geeignet:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

II. Untersuchungsergebnis Wodurch ist das Sehen beeinträchtigt?

III. Beurteilung des Sehvermögens für die Anforderungen im Straßenverkehr

1.

Das Sehvermögen für die Fahrerlaubnisklasse ist ausreichend bei Einhaltung folgender Auflagen / Beschränkungen:	
mit Brille	nur bis 80 km/h auf Landstraßen, bis 100 km/h auf Autobahn
mit Kontaktlinse(n)	Nachtfahrverbot
mit Kontaktlinse(n) und Brille	sonstige Auflagen oder Beschränkungen:
mit Kontaktlinse(n) oder Brille	

Das Sehvermögen reicht **nicht** aus, weil

2.

Augenärztliche Nachuntersuchung nach _____ Jahren erforderlich, weil

3.

Weitere Untersuchungen sind zu Abschnitt I. Nr. _____ erforderlich durch

augenärztlichen Obergutachter	Arzt für	Med.-psych. Untersuchungsstelle
-------------------------------	----------	---------------------------------

IV. Bemerkungen

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft. Die Untersuchung erfolgte gemäß der Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft zur Fahreignungsbegutachtung für den Straßenverkehr.

Ort, Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel des Arztes
Ich bin über die Mängel meines Sehvermögens aufgeklärt worden.		
Ort, Datum	Unterschrift des Untersuchten	