Augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens nach Anlage 6 der Fahrerlaubnis-Verordnung

Familienname:	Vorname:	Geb. Datum:

Wohnanschrift:

Beantragt ist	Fahrerlaubnis der Klasse:	Fahrerlaubnis bzw. Verlängerung der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (nach § 48 FeV)	☐ Ja	☐ Nein

I. Untersuchungsbefund vom

1. Zentrale Sehschärfe (Glasstärke angeben)

	Rechts	**Links**	**Beidäugig**
ohne Korrektion	/ /	/ /	/ /
mit Brille	/ /	/ /	/ /
mit Kontaktlinse (KL)	/ /	/ /	/ /
mit KL und Brille	/ /	/ /	/ /

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

10. Die vorhandene Sehhilfe ist richtig und für den Straßenverkehr geeignet: ☐ Ja ☐ 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 Autobahnen
☐	mit Kontaktlinse(n)	☐	Nachtfahrverbot
☐	mit Kontaktlinse(n) und Brille	☐	sonstige Auflagen oder Beschränkungen:
☐	mit Kontaktlinse(n) oder Brille		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

☐ 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. Personalausweisnummer:

Die Untersuchung erfolgte gemäß der Empfehlungen der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und des Berufsverbands der Augenärzte Deutschlands 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