

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. Gesichtsfelder					
3. Stereosehen					
4. Stellung, Motilität					
5. Dämmerungsehschärfe					
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 oder Beschränkungen:					
<input type="checkbox"/>	mit Brille	<input type="checkbox"/>	nur bis 80 km/h auf Landstraßen, bis 100 km/h auf Autobahn		
<input type="checkbox"/>	mit Kontaktlinse(n)	<input type="checkbox"/>	Nachtfahrverbot		
<input type="checkbox"/>	mit Kontaktlinse(n) und Brille	<input type="checkbox"/>	sonstige Auflagen oder Beschränkungen:		
<input type="checkbox"/>	mit Kontaktlinse(n) oder Brille	<input type="checkbox"/>			
Das Sehvermögen reicht nicht aus , weil					
2. Augenärztliche Nachuntersuchung nach		<input type="checkbox"/>	Jahren erforderlich, weil		
3. Weitere Untersuchungen sind zu Abschnitt I. Nr.		<input type="checkbox"/>	erforderlich durch augenärztlichen Obergutachter		<input type="checkbox"/>
oder durch einen Arzt für		<input type="checkbox"/>	oder durch eine		<input type="checkbox"/> Med.-Psvch. 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			