

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 (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.				
<input type="checkbox"/>	Das Sehvermögen für die Fahrerlaubnisklasse ist ausreichend bei Einhaltung folgender Auflagen / Beschränkungen:			
<input type="checkbox"/>	mit Brille	<input type="checkbox"/>	nur bis 80 km/h auf Landstraßen, bis 100 km/h auf Autobahnen	
<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	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.		
<input type="checkbox"/>	Das Sehvermögen reicht nicht aus, weil			
2. Augenärztliche Nachuntersuchung nach _____ Jahren erforderlich, weil				
3.				
Weitere Untersuchungen sind zu Abschnitt I. Nr. _____		erforderlich durch		
<input type="checkbox"/>	augenärztlichen Obergutachter	<input type="checkbox"/>	Arzt für	<input type="checkbox"/> Med.-psych. Untersuchungsstelle
IV. Bemerkungen				
Die Identität des Untersuchten wurde geprüft. Personalausweisnummer:				
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			