|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) | | | |  | | | 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 | | | | | | | |  | | |
|  | 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 den 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 | | | |
|  | | | | |  | | | |