|  |
| --- |
| **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 |
|  |  |