

Bescheinigung über die augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens (Anlage 6 Nr. 1.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung)

von Inhabern einer Fahrerlaubnis der **Gruppe 1 (A, A1, A2, B, BE, AM, L und T)**
zur Austragung einer Sehhilfe im Umfang nach Nr. 1.2 der Anlage 6 zur Fahrerlaubnis-Verordnung

Für die Streichung der Auflage „Sehhilfe“ reicht eine Wiederholung der Erstuntersuchung (Sehtestbescheinigung beim Optiker) wie beim Erwerb der Fahrerlaubnis mit positivem Ergebnis nicht aus. Es bedarf für die Streichung der Auflage „Sehhilfe“ darüberhinausgehend einen Nachweis, wie sich das Sehvermögen zum Positiven verändert hat. Diese Notwendigkeit ergibt sich schon aus der Erkenntnis, dass Zeitablauf allein die Sehkraft nicht besser (sondern infolge der Alterung tendenziell schlechter) macht. Der Nachweis kann also nur durch die Schilderung (z. B. Vorlage eines OP-Berichtes) der Veränderung des Sehvermögens und entsprechender Bewertung durch einen unabhängigen Augenarzt erbracht werden. Hierfür benötigt die Fahrerlaubnisbehörde eine augenärztliche Bescheinigung.

1. Angaben über den untersuchenden Arzt

Name, Facharztbezeichnung, ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes, ggf. Angabe über Tätigkeit bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung oder über Stellung als Arzt der öffentlichen Verwaltung, Anschrift

2. Personalien des Fahrerlaubnisinhabers

Familienname • Vorname

Geb.-Datum

Geb.-Ort

Wohnort

Straße/Hausnummer

3. Untersuchungsbefund vom _____

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220

Gesichtsfeld

Kontrast- oder Dämmerungssehen

Blendempfindlichkeit

Stereosehen

Beweglichkeit

Andere Störungen der Sehfunktionen, die ein sicheres Fahren in Frage stellen können

nein

ja, und zwar _____

Aufgrund der oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nr. 1.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

ohne Sehhilfe erreicht

mit Sehhilfe erreicht

Die Identität des/der Untersuchten wurde geprüft. Die augenärztliche Untersuchung erfolgte unter Berücksichtigung des vorgelegten OP-Berichtes bzw. sonstiger aussagekräftiger Patientenunterlagen.

Ort • Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes mit den oben stehenden berufl. Angaben