

Sehtestbescheinigung
zum Befahren des luftseitigen Betriebsbereiches
des Verkehrsflughafens Frankfurt/Main



1. Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes

Name
Vorname
Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

2. Personalien des Teilnehmers

Name	Geburtsdatum
Vorname	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	

3. Untersuchung am _____ mit Sehhilfe ohne Sehhilfe

	bestanden	nicht bestanden		bestanden	nicht bestanden
Tagessehschärfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farbsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stereosehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dämmerungssehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blendungs- empfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

4. Beurteilung

Die Anforderungen an das Sehvermögen wurden erfüllt.

Keine Eignung zum Befahren des luftseitigen Betriebsbereiches des Verkehrsflughafens Frankfurt/Main

Die Anforderungen an das Sehvermögen werden bei Einhaltung folgender Auflagen erfüllt:

<input type="checkbox"/> Mit geeigneter Sehhilfe	<input type="checkbox"/> Keine Personenbeförderung
<input type="checkbox"/> Keine vermehrten Anforderungen an das räumliche Sehen	
<input type="checkbox"/> Kein Gabelstapler	<input type="checkbox"/> Keine Geräte zum Heranfahen an ein Luftfahrzeug

Die Identität des Untersuchten wurde laut Personalausweis/Pass überprüft und wird mit der Unterschrift bestätigt.
Die Sehtestbescheinigung darf bei Vorlage nicht älter als 12 Monate sein.

Ort/Datum	Stempel und Unterschrift
-----------	--------------------------