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	☐	☐	**Farbsehen**	☐	☐
Stereosehen	☐	☐	**Dämmerungssehen**	☐	☐
Blendungs-empfindlichkeit	☐	☐			

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:

- ☐ Mit geeigneter Sehhilfe
- ☐ Keine Personenbeförderung
- ☐ Keine vermehrten Anforderungen an das räumliche Sehen
- ☐ Kein Gabelstapler
- ☐ Keine Geräte zum Heranfahren 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

FRA XXXX-X Design: Fraport VAM
M50XXXXE Druck: Airport Print Center