

**Zeugnis über die ärztliche Untersuchung
(Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung)**

von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienziel-Reisen nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

- Vorderseite -

Teil 1 (verbleibt beim Arzt)

1. Name und Anschrift des Augenarztes

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen: _____

Tag der Geburt: _____

Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Nummer des Personalausweises: _____

3. Untersuchungsbefund vom _____

Zentrale Tagesehschärfe nach DIN 58220 _____

Farbensehen _____

Gesichtsfeld _____

Stereosehen _____

Kontrast- oder Dämmerungssehen _____

Aufgrund der oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

erreicht, ohne Sehhilfe

erreicht, mit Sehhilfe

nicht erreicht

Auflagen/ Beschränkungen erforderlich:

nein

ja, _____

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung
(Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung)**

von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferientziel-Reisen nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

Teil 2 (dem Bewerber auszuhändigen)

Name des Augenarztes, Anschrift

Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen: _____

Tag der Geburt: _____

Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Nummer des Personalausweises _____

Untersuchungsbefund vom _____ über

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 _____

Farbensehen _____

Gesichtsfeld _____

Stereosehen _____

Kontrast- oder Dämmerungssehen _____

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurden die in Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung geforderten Anforderungen

- erreicht, ohne Sehhilfe
- erreicht, mit Sehhilfe
- nicht erreicht

Auflagen/ Beschränkungen erforderlich:

- nein
- ja, _____

Das Zeugnis ist 2 Jahre gültig.
Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Augenarztes