

## **Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung**

### **(Anlage 6 Nummer 2.1 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 nach § 12 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

#### **Teil 1 (verbleibt beim Arzt)**

##### **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 Bewerbers**

Familienname, Vornamen: .....

Tag der Geburt: .....

Ort der Geburt: .....

Wohnort: .....

Straße/Hausnummer: .....

##### **3. Untersuchungsbefund vom.....**

Zentrale Tagesehschärfe nach DIN 58220 .....

Farbsehen .....

Gesichtsfeld .....

Stereosehen .....

Kontrast- oder Dämmerungssehen .....

Aufgrund der oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nummer 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung

erreicht, ohne Sehhilfe

erreicht, mit Sehhilfe

nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nummer 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung ist erforderlich:

ja     nein

## Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

### (Anlage 6 Nummer 2.1 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 nach § 12 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

#### Teil 2 (dem Bewerber auszuhändigen)

Name des Arztes, 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

Familienname, Vornamen des Bewerbers: .....

Tag der Geburt: .....

Ort der Geburt: .....

Wohnort: .....

Straße/Hausnummer: .....

Nummer des Personalausweises: .....

Untersuchungsbefund vom ..... über

– Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220

– Farbsehen

– Kontrast- oder Dämmerungssehen

– Gesichtsfeld

– Stereosehen

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurden die in Anlage 6 Nummer 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung geforderten Anforderungen

erreicht, ohne Sehhilfe

erreicht, mit Sehhilfe

nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nummer 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung ist erforderlich:

ja     nein

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

....., den

.....

Stempel und Unterschrift des Arztes mit den oben stehenden beruflichen Angabe

## **Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung**

### **(Anlage 6 Nummer 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 nach § 12 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

**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: .....

#### **Untersuchungsbefund vom .....**

Zentrale Tagesehschärfe nach DIN 58220 .....

Farbsehen .....

Gesichtsfeld .....

Stereosehen .....

Kontrast- oder Dämmerungssehen .....

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

erreicht, ohne Sehhilfe

erreicht, mit Sehhilfe

nicht erreicht

Auflagen/Beschränkungen erforderlich:

nein

ja \_\_\_\_\_

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

## **Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung**

### **(Anlage 6 Nummer 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 nach § 12 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

#### **Teil 2 (dem Bewerber auszuhändigen)**

Name des Augenarztes, Anschrift

Familienname, Vornamen des Bewerbers: .....

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 Nummer 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.

..... , den .....

Stempel und Unterschrift des Augenarztes