

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens
(Anlage 6 Nr. 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 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 1 (verbleibt beim Arzt) - Vorderseite -

1. Name und Anschrift des untersuchenden Arztes

Facharztbezeichnung / ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung

ggf. Angabe über Tätigkeit in einer Begutachtungsstelle für Fahreignung
oder über Stellung als Arzt der öffentlichen Verwaltung, Anschrift

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vorname _____

Tag der Geburt _____

Ort der Geburt _____

Wohnort _____

Straße/Hausnummer _____

Nr. des Personalausweises _____

3. Untersuchungsbefund vom: _____

Zentrale Tagesehschärfe nach DIN 58220: _____

Farbensehen _____

Kontrast- oder Dämmerungsehen _____

Gesichtsfeld _____

Stereosehen _____

Auf Grund 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 Jahr gültig.
Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

_____, den _____
Stempel und Unterschrift des Arztes (mit den oben stehenden beruflichen Angaben)