

**B E S C H E I N I G U N G über die ärztliche Untersuchung
(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 nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 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)

Praxisstempel:

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen: _____

Tag der Geburt: _____

Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

3. Untersuchungsbefund vom

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220

Farbensehen

Gesichtsfeld

Stereosehen

Kontrast- oder Dämmerungssehen

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

erreicht, ohne Sehhilfe

erreicht, mit Sehhilfe

nicht erreicht

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

ja

nein

B E S C H E I N I G U N G über die ärztliche Untersuchung
(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 nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

---> **Teil 2** (dem Bewerber auszuhändigen) <---

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)

Praxisstempel:

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen: _____

Tag der Geburt: _____

Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

3. Untersuchungsbefund vom über

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220

Farbensehen

Gesichtsfeld

Stereosehen

Kontrast- oder Dämmerungsehen

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

erreicht, ohne Sehhilfe

erreicht, mit Sehhilfe

nicht erreicht

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

ja

nein

Das Zeugnis ist 2 Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

....., den

Stempel und Unterschrift des Arztes mit den oben stehenden beruflichen Angaben