

**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 Tagessehschärfe nach DIN 58220 _____

Farbensehen _____

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 Nr. 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)

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

Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen: _____

Tag der Geburt: _____

Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Untersuchungsbefund vom _____ über

- Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220
- Farbensehen
- 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.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes
mit den obenstehenden beruflichen Angaben