

Wichtiger Hinweis

Für den Antragsteller sowie des durchführenden Arztes

Untersuchung möglich durch einen Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“, einem Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“, einem Arzt bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung, einem Arzt des Gesundheitsamtes oder einem anderen Arzt der öffentlichen Verwaltung.
Über die Untersuchung ist eine Bescheinigung gemäß beiliegendem Muster zu erstellen.

Diese ist jedoch nur zu verwenden, wenn die Sehschärfe auf jedem Auge 0,8 und beidäugig 1,0 nicht unterschreitet und die übrigen Sehfunktionen (normales Farbsehen, Gesichtsfeld, Stereosehen, Korrektur mit Gläsern nicht mehr als plus 8,0 Dioptrien -sphärisches Äquivalent-) gegeben sind.

Andernfalls sind die Vordrucke

„Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens (Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnisverordnung)“

zu verwenden, bitte bei der Fahrerlaubnisbehörde nach den Vordrucken fragen.

Diese Untersuchung darf jedoch nur ein Augenarzt durchführen!

Wir bitten Sie diesen Hinweis zu beachten, um evtl. Doppeluntersuchungen und doppelte Gebühren zu vermeiden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Fahrerlaubnisbehörde
Pfaffenhofen a.d.Ilm

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens

(Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung)

Teil 1
(verbleibt beim Arzt)

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.

1. Angaben über den untersuchenden Arzt:

Name, Facharztbezeichnung, ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes, ggf. Angaben 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 _____ über

Zentrale Tagesseshschärfe 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

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung des
Sehvermögens**

(Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung)

Teil 2
(dem Bewerber
auszuhändigen)

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.

Name, Facharztbezeichnung, ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes, ggf. Angaben über Tätigkeit bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung oder über Stellung als Arzt der öffentlichen Verwaltung, Anschrift:

Familienname, Vornamen

des Bewerbes: _____

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 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung geforderten Anforderungen

- ohne** Sehhilfe erreicht
- mit** Sehhilfe erreicht
- 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.

Ort, Datum

**Stempel und Unterschrift des Arztes mit
den oben stehenden beruflichen
Angaben**