

Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens

(Anlage 6 Nr. 2.2 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 nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

1. Name und Anschrift des Augenarztes:

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. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

erreicht, **ohne** Sehhilfe

erreicht, **mit** Sehhilfe

nicht erreicht.

Auflagen/Beschränkungen erforderlich

nein

ja _____

Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens

(Anlage 6 Nr. 2.2 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 nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

Name des Augenarztes, Anschrift:

Familiename, Vornamen

des Bewerbers: _____

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 von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurde die in Anlage 6 Nr. 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.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Augenarztes