

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 für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienzele-Reisen 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 Tagesseshschärfe 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 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.

Name des Augenarztes, Anschrift:

Familiename, Vornamen

des Bewerbers: _____

Tag der Geburt: _____

Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

3. Untersuchungsbefund vom _____

Zentrale Tagesseshschärfe 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