

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung
(Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnisverordnung)**

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 Fahrerlaubnisverordnung.

Teil I (verbleibt beim Arzt)

1. Angaben über den untersuchenden Arzt

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

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vorname: _____
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 Fahrerlaubnisverordnung

- erreicht, ohne Sehhilfe
- erreicht, mit Sehhilfe
- nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnisverordnung ist erforderlich:

- ja
- nein

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung
(Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnisverordnung)**

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 Fahrerlaubnisverordnung.

Teil 2 (dem Bewerber auszuhändigen)

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

Familienname, Vorname des Bewerbers: _____

Tag der Geburt: _____

Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Untersuchungsbefund vom _____ über

- Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 _____

- Kontrast- oder Dämmerungssehen _____

- Farbensehen _____

- Gesichtsfeld _____

- Stereosehen _____

Aufgrund der von mir nach Teil I erhobenen Befunde wurden die in Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnisverordnung geforderten Anforderungen

erreicht, ohne Sehhilfe

erreicht, mit Sehhilfe

nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnisverordnung ist erforderlich:

ja

nein

Das Zeugnis ist 2 Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

_____, den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes mit den o.a beruflichen Angaben