

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung (Anlage 6 Nr. 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 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 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 _____ über

Zentrale Tagesehschärfe 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 (Anlage 6 Nr. 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 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 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: _____

Nummer des Personalausweises: _____

Untersuchungsbefund vom _____ über

- | | |
|---|----------------------------------|
| • Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 | • Kontrast- oder Dämmerungssehen |
| • Farbsehen | • Gesichtsfeld |
| | • Stereosehen |

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurden die in Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung geforderten Anforderungen

erreicht, ohne Sehhilfe erreicht, mit Sehhilfe 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