

**Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung  
(Anlage 6 Nummer 2.2 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. Name und Anschrift des Augenarztes**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Personalien des Bewerbers**

Familienname, Vornamen: \_\_\_\_\_

Tag der Geburt: \_\_\_\_\_ Ort der Geburt: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

**3. Untersuchungsbefund vom \_\_\_\_\_ über**

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:

ja     nein

## **Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung (Anlage 6 Nr. 2.2 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)

### **Name des Augenarztes, 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
- Farbensehen
- Gesichtsfeld
- Stereosehen
- Kontrast- oder Dämmerungssehen

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurden 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 Arztes