

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 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 Fahrerlaubnis-Verordnung

- Vorderseite -

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: _____

Nummer des Personalausweises: _____

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. 2.1 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 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 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

Familiename, Vornamen: _____

Tag der Geburt: _____ Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Nummer des Personalausweises: _____

Untersuchungsbefund vom _____ über

- Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220
- Farbsehen
- Kontrast- oder Dämmerungssehen
- 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