Teil 1
(verbleibt beim Arzt)

Bescheinigung
über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens
(Anlage 6 Nummer 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 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

BUS

1. Angaben über den untersuchenden Arzt

Name
Facharztbezeichnung / ggfs. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes
ggfs. 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	
PLZ, Wohnort	
Straße / Hausnummer	

3. Untersuchungsbefund vom _____ Datum _____ über

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220	
Farbensehen	
Gesichtsfeld	
Stereosehen	
Kontrast- oder Dämmerungssehen	

Aufgrund der oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nummer 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung

☐ erreicht, ohne Sehhilfe
☐ erreicht, mit Sehhilfe
☐ nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nummer 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung ist erforderlich:

☐ ja ☐ nein

© **Land Niedersachsen** - Zentrale Formularservicestelle
STVO-005-DE-FL - Bescheinigung (Anlage 6 Nummer 2.1 FeV) - 11-2022

Teil 2
(dem Bewerber auszuhändigen)

Bescheinigung
über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens
(Anlage 6 Nummer 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 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

1. Angaben über den untersuchenden Arzt

Name
Facharztbezeichnung / ggfs. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes
ggfs. 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	
PLZ, Wohnort	
Straße / Hausnummer	
Nummer des Personalausweises	

3. Untersuchungsbefund vom _____ Datum _____ 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 Nummer 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung geforderten Anforderungen

☐ erreicht, ohne Sehhilfe
☐ erreicht, mit Sehhilfe
☐ nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nummer 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung ist erforderlich:

☐ ja ☐ nein

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes mit den oben stehenden beruflichen Angaben

BUS

© **Land Niedersachsen** - Zentrale Formularservicestelle
STVO-005-DE-FL - Bescheinigung (Anlage 6 Nummer 2.1 FeV) - 11-2022