

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 für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienziel-Reisen nach § 12 Absatz 6 und § 48 Abs. 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

| | |
|-----------------------|--|
| Familiename, Vornamen | |
| Tag der Geburt | |
| Ort der Geburt | |
| PLZ, Wohnort | |
| Straße / Hausnummer | |

3. Untersuchungsbefund vom _____

| |
|-------|
| Datum |
|-------|

| | |
|---|--|
| 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

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 für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienziel-Reisen nach § 12 Absatz 6 und § 48 Abs. 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

| | |
|-----------------------|--|
| Familiename, Vornamen | |
| Tag der Geburt | |
| Ort der Geburt | |
| PLZ, Wohnort | |
| Straße / Hausnummer | |

3. Untersuchungsbefund vom _____

| |
|-------|
| Datum |
|-------|

| | |
|---|--|
| 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 durch

| | |
|---------------------|---------------|
| Personalausweis Nr. | Reisepass Nr. |
|---------------------|---------------|

| |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

| |
|---|
| Stempel und Unterschrift des Arztes mit den oben stehenden beruflichen Angaben |
|---|

BUS