

**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 Tagesseshschärfe 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

**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

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

3. Untersuchungsbefund vom

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

über

| | |
|--|--|
| Zentrale Tagesseshschärfe 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