

**Zeugnis
über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens
(Anlage 6 Nummer 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung)**

BUS

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. Name und Anschrift des Augenarztes

Name
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

**Zeugnis
über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens
(Anlage 6 Nummer 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung)**

BUS

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. Name und Anschrift des Augenarztes

Name	
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 Tagessehschärfe nach DIN 58220	
Farbsehen	
Gesichtsfeld	
Stereosehen	
Kontrast- oder Dämmerungssehen	

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurden die in Anlage 6 Nummer 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung geforderten Anforderungen

- erreicht, ohne Sehhilfe
- erreicht, mit Sehhilfe
- nicht erreicht

Auflagen / Beschränkungen erforderlich

- ja nein

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Augenarztes
--