

**Zeugnis
über die augenärztliche Untersuchung
(Anlage 6 Nummer 2.2 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 Ferienzeiel-Reisen nach § 12 Absatz 6 und § 48 Abs. 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

BUS

1. Name und Anschrift des Augenarztes

| |
|--|
| |
| |

2. Personalien des Bewerbers

| | |
|------------------------|--|
| Familienname, 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 oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nummer 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

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

Auflagen / Beschränkungen erforderlich:

nein

ja,

**Zeugnis
über die augenärztliche Untersuchung
(Anlage 6 Nummer 2.2 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 Ferienzeiel-Reisen nach § 12 Absatz 6 und § 48 Abs. 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

1. Name und Anschrift des Augenarztes

| |
|--|
| |
| |

2. Personalien des Bewerbers

| | |
|------------------------|--|
| Familienname, 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 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung geforderten Anforderungen

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

Auflagen / Beschränkungen erforderlich:

| | |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nein | |
| <input type="checkbox"/> ja, | |

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

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

| |
|--|
| Stempel und Unterschrift des Augenarztes |
|--|

BUS