

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

- Vorderseite -

Teil 1 (verbleibt beim Arzt)

1. Angaben über den Augenarzt

Familienname, Vorname: _____

Ort: _____

Straße/Hausnummer: _____

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen: _____

Tag der Geburt: _____ Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

3. Untersuchungsbefund vom _____ über

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 _____

Farbensehen _____

Gesichtsfeld _____

Stereosehen _____

Aufgrund der oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

erreicht, ohne Sehhilfe erreicht, mit Sehhilfe nicht erreicht

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

ja nein

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

Teil 2 (dem Bewerber auszuhändigen)

1. Angaben über den Augenarzt

Familienname, Vorname: _____

Ort: _____

Straße/Hausnummer: _____

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen: _____

Tag der Geburt: _____ Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

3. Untersuchungsbefund vom _____ über

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 _____

Farbensehen _____

Gesichtsfeld _____

Stereosehen _____

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

erreicht, ohne Sehhilfe erreicht, mit Sehhilfe nicht erreicht

Auflagen/Beschränkungen erforderlich:

nein ja, _____

Das Zeugnis ist 2 Jahre gültig. Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Augenarztes