

# Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens (Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung)



von Bewerbern/Bewerberinnen 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 1** (verbleibt bei dem Arzt/der Ärztin)

## 1. Angaben über den untersuchenden Augenarzt/die untersuchende Augenärztin

Name, Anschrift (ggf. Stempel)

## 2. Personalien des Bewerbers/der Bewerberin

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

Tag der Geburt \_\_\_\_\_

Ort der Geburt \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

## 3. Untersuchungsbefund vom \_\_\_\_\_

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 \_\_\_\_\_

Farbensehen \_\_\_\_\_

Gesichtsfeld \_\_\_\_\_

Stereosehen \_\_\_\_\_

Kontrast-/Dämmerungssehen \_\_\_\_\_

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

Auflagen/Beschränkungen erforderlich:

nein

ja, \_\_\_\_\_

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des/der Untersuchten wurde geprüft.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Augenarztes/der Augenärztin

# Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens (Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung)



von Bewerbern/Bewerberinnen 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/der Bewerberin auszuhändigen)

## 1. Angaben über den untersuchenden Augenarzt/die untersuchende Augenärztin

Name, Anschrift (ggf. Stempel)

## 2. Personalien des Bewerbers/der Bewerberin

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

Tag der Geburt \_\_\_\_\_

Ort der Geburt \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

## 3. Untersuchungsbefund vom \_\_\_\_\_

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 \_\_\_\_\_

Farbensehen \_\_\_\_\_

Gesichtsfeld \_\_\_\_\_

Stereosehen \_\_\_\_\_

Kontrast-/Dämmerungssehen \_\_\_\_\_

Aufgrund der oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung

erreicht, ohne Sehhilfe

erreicht, mit Sehhilfe

nicht erreicht

Auflagen/Beschränkungen erforderlich:

nein

ja, \_\_\_\_\_

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des/der Untersuchten wurde geprüft.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Augenarztes/der Augenärztin