|  |
| --- |
| **Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung**(Anlage 6 Nr. 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 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 beim Arzt)

1. **Angaben über den untersuchenden Arzt**

|  |
| --- |
| Name |
|  |
| Facharztbezeichnung, ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes |
|  |
| Anschrift |
|  |

**2. Personalien des Bewerbers**

|  |
| --- |
| Familienname, Vorname(n) |
|      ,       |
| Tag der Geburt | Ort der Geburt |
|       |       |
| PLZ Wohnort |
|             |
| Straße, Hausnummer |
|       |
| Nummer des Personalausweises |
|  |

**3. Untersuchungsbefund vom**

|  |
| --- |
| Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 |
|  |
| Farbensehen |
| Gesichtsfeld |
|  |
| Stereosehen |
|  |
| Kontrast- oder 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

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

**[ ]** ja [ ]  nein

|  |
| --- |
| **Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung**(Anlage 6 Nr. 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 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)

|  |
| --- |
| Name |
|  |
| Facharztbezeichnung, ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes |
|  |
| Anschrift |
|  |

|  |
| --- |
| Familienname, Vorname(n) |
|      ,       |
| Tag der Geburt | Ort der Geburt |
|       |       |
| PLZ Wohnort |
|             |
| Straße, Hausnummer |
|       |
| Nummer des Personalausweises |

**Untersuchungsbefund vom**       **über**

* Zentrale Tagesschärfe nach DIN 58220
* Farbsehen
* Kontrast- oder Dämmerungssehen
* Gesichtsfeld
* Stereosehen

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

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nr. 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 |
| Stadt,       |  |