

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

(Anlage 6 Nummer 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 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

1. Angaben über den untersuchenden Arzt

Name, Facharztbezeichnung, ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes, ggf. Angabe über Tätigkeit bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung oder über Stellung als Arzt der öffentlichen Verwaltung, Anschrift

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Adresse: _____

Nummer des Personalausweises: _____

3. Untersuchungsbefund vom _____

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 _____

Farbensehen: _____

Gesichtsfeld: _____

Stereosehen: _____

Kontrast- oder Dämmerungsehen: _____

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

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

(Anlage 6 Nummer 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 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

1. Angaben über den untersuchenden Arzt

Name, Facharztbezeichnung, ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes, ggf. Angabe über Tätigkeit bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung oder über Stellung als Arzt der öffentlichen Verwaltung, Anschrift

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Adresse: _____

Nummer des Personalausweises: _____

3. Untersuchungsbefund vom _____

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 _____

Farbsehen: _____

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

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes