

# 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 nach § 12 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

**Teil 1** (verbleibt beim Arzt)

## 1. Name und Anschrift des Augenarztes

## 2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vorname(n): \_\_\_\_\_

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

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

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

## 3. Untersuchungsbefund vom

Zentrale Tagesehschärfe 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 nach § 12 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

**Teil 2** (dem Bewerber auszuhändigen)

## Name des Augenarztes, Anschrift

Familienname, Vorname(n) des  
Bewerbers: \_\_\_\_\_

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

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

Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Nummer des Personalausweises: \_\_\_\_\_

**Untersuchungsbefund vom** \_\_\_\_\_ **über**

- Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220
- Farbsehen
- 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:

nein

ja

Das Zeugnis ist 2 Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Augenarztes