

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, C 1, 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 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

.....
.....
.....
.....

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen:.....

Tag der Geburt:Ort der Geburt:.....

Wohnort:.....

Straße/Hausnummer:.....

3. Untersuchungsbefund vom

Zentrale Tagesseshschärfe nach DIN 58220

Farbensehen.....

Gesichtsfeld.....

Stereosehen.....

Kontrast- oder Dämmerungssehen.....

Aufgrund der von mir 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, C 1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferientziel-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 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

.....
.....
.....
.....

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vorname:.....

Tag der Geburt:Ort der Geburt:.....

Wohnort:.....

Straße/Hausnummer:.....

3. Untersuchungsbefund vomüber

- Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220

- Farbensehen

- Kontrast- oder Dämmerungssehen

- Gesichtsfeld

- Stereosehen

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurde die in Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung geforderten Anforderungen

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 2 Jahre gültig. Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

.....,den

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes mit den
oben stehenden beruflichen Angaben