Bescheinigung über die Untersuchung des Arztes oder eines Augenoptikerbetriebs
(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 nach § 12 Absatz 6 und § 48 Absatz 4 Nummer 4 und Absatz 5 Nummer 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

Teil 2 (dem Bewerber auszuhändigen)

1. Angaben über den untersuchenden Arzt oder Augenoptikerbetrieb

1.1. Angaben über den untersuchenden Arzt

Name des Arztes, 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 oder

1.2. Angaben über den untersuchenden Augenoptikerbetrieb

Name und Anschrift des Augenoptikerbetriebs, Name des die Untersuchung durchführenden Augenoptikers

_____

_____

_____

2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vornamen: _____

Tag der Geburt: _____

Ort der Geburt: _____

Wohnort: _____

Straße/Hausnummer: _____

Nummer des Personalausweises: _____

Untersuchungsbefund vom _____ über

- Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 .....
- Farbensehen .....
- Kontrast- oder Dämmerungsehen.....
- Gesichtsfeld.....
- Stereosehen

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurden die in Anlage 6 Nummer 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung geforderten Anforderungen

□ erreicht, ohne Sehhilfe
□ erreicht, mit Sehhilfe
□ nicht erreicht

Auflagen / Beschränkungen erforderlich

□ ja

□ nein

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

_____, den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes
mit den oben stehenden beruflichen Angaben
oder
Stempel des Augenoptikerbetriebs
und Unterschrift des die Untersuchung
durchführenden und bescheinigenden
Augenoptikers