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

Teil 2 (dem Bewerber auszuhändigen)
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

Familienname, Vornamen des Bewerbers:.....
Tag der Geburt: .....
Ort der Geburt: .....
Wohnort: .....
Straße/Hausnummer: .....
Nummer des Personalausweises:.....
Untersuchungsbefund vom ..... über
- Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 .....
- *Kontrast- oder Dämmerungssehen:*.....
- Farbensehen .....
- 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

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.

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