

**Zeugnis über die ärztliche 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, Vornamen: \_\_\_\_\_

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

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

**3. Untersuchungsbefund vom \_\_\_\_\_**

Zentrale Tagesehschärfe nach DIN 58220 \_\_\_\_\_

Farbsehen \_\_\_\_\_

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 ärztliche 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**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Personalien des Bewerbers**

Familienname, Vornamen: \_\_\_\_\_

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

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

- Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220
- Farbensehen
- 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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