

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung  
(Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnisverordnung)**

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 Ferienzeleisen nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs.4 Nr. 4 und Abs.5 Nr. 2 der Fahrerlaubnisverordnung.

**Teil I** (verbleibt beim Arzt)

**1. Angaben über den untersuchenden Arzt**

Name des Arztes, Facharztbezeichnung, ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes, ggf. Angabe über Tätigkeit einer Begutachtungsstelle für Fahreignung oder über Stellung als Arzt der öffentlichen Verwaltung, Anschrift

**2. Personalien des Bewerbers**

Familienname, Vorname: \_\_\_\_\_  
Tag der Geburt: \_\_\_\_\_  
Ort der Geburt: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 \_\_\_\_\_  
Farbensehen \_\_\_\_\_  
Gesichtsfeld \_\_\_\_\_  
Stereosehen \_\_\_\_\_  
Kontrast- oder Dämmerungssehen \_\_\_\_\_

Aufgrund der oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnisverordnung

- erreicht, ohne Sehhilfe
- erreicht, mit Sehhilfe
- nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnisverordnung ist erforderlich:

- ja
- nein

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung  
(Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnisverordnung)**

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 Ferienzweckreisen nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs.4 Nr. 4 und Abs.5 Nr. 2 der Fahrerlaubnisverordnung.

**Teil 2** (dem Bewerber auszuhändigen)

*Name des Arztes, Facharztbezeichnung, ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes, ggf. Angabe über Tätigkeit einer Begutachtungsstelle für Fahreignung oder über Stellung als Arzt der öffentlichen Verwaltung, Anschrift*

---

---

Familienname, Vorname des Bewerbers: \_\_\_\_\_

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

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

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

- Kontrast- oder Dämmerungssehen \_\_\_\_\_

- Farbsehen \_\_\_\_\_

- Gesichtsfeld \_\_\_\_\_

- Stereosehen \_\_\_\_\_

Aufgrund der von mir nach Teil I erhobenen Befunde wurden die in Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnisverordnung geforderten Anforderungen

erreicht, ohne Sehhilfe

erreicht, mit Sehhilfe

nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnisverordnung ist erforderlich:

ja

nein

**Das Zeugnis ist 2 Jahre gültig.**

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

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

Stempel und Unterschrift des Arztes mit den o.a beruflichen Angaben