

**B E S C H E I N I G U N G** über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens  
(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 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**

*Nur verwenden, wenn die Zentrale Tagessehschärfe einen Wert von 1,0 / 0,8 nicht unterschreitet und die übrigen Sehfunktionen (normales Farbsehen, Gesichtsfeld, Stereosehen, Korrektur mit Gläsern nicht mehr als plus 8,0 Dioptrien sphärisches Äquivalent) gegeben sind. Andernfalls sind die grünen Vordrucke „Augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens“ zu verwenden, ebenso bei Untersuchungen von Inhabern einer bis zum 31.12.98 erteilten Fahrerlaubnis !*

---> **Teil 1** (verbleibt beim Arzt) <---

**1. Angaben über den untersuchenden Arzt (Augenarzt, Betriebs- oder Arbeitsmediziner, Amtsarzt, Arzt bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung)**

Praxisstempel:

**2. Personalien des Bewerbers**

Familienname, Vornamen: .....

Tag der Geburt: .....

Ort der Geburt: .....

Wohnort: .....

Straße/Hausnummer: .....

**3. Untersuchungsbefund vom .....**

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220    R: .....    L: .....

Farbsehen .....  
.....

Gesichtsfeld .....  
.....

Stereosehen .....  
.....

Aufgrund der 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

**B E S C H E I N I G U N G** über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens  
(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 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

---> **Teil 2** (dem Bewerber auszuhändigen) <---

**1. Angaben über den untersuchenden Arzt (Augenarzt, Betriebs- oder Arbeitsmediziner, Amtsarzt, Arzt bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung)**

Praxisstempel:

**2. Personalien des Bewerbers**

Familienname, Vornamen: .....

Tag der Geburt: .....

Ort der Geburt: .....

Wohnort: .....

Straße/Hausnummer: .....

**3. Untersuchungsbefund vom .....**

Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 R: ..... L: .....

Farbensehen .....

Gesichtsfeld .....

Stereosehen .....

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurden 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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes