

# Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens

Aufgrund der o.g. Untersuchungsergebnisse wird festgestellt, dass der Bewerber die Anforderungen der Fahrerlaubnis-Verordnung i.d.F. vom 01.07.2011 erreicht. Dämmerungssehen geprüft.

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

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**  **Teil 1** (verbleibt beim Arzt)  
 **Teil 2** (dem Bewerber auszuhändigen)

## 1. Angaben über den untersuchenden Arzt

\_\_\_\_\_  
Facharztbezeichnung / ggfs. Gebiet- oder Zusatzbezeichnung

\_\_\_\_\_  
ggfs. Angabe über Tätigkeit bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung oder über Stellung als Arzt der öffentlichen Verwaltung

## 2. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

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

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

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

Nr. Personalausweis \_\_\_\_\_

## 3. Untersuchungsbefund vom .....

Zentrale Tagesseshschärfe nach DIN 58220: Rechts: ..... Links: .....

Farbensehen .....

Gesichtsfeld .....

Stereosehen .....

Kontrast und Dämmerungssehen.....

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 Untersuchung nach Anlage 6 Nr. 2.2. FeV ist erforderlich:

ja  nein

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig. Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift