

# Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens

(Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung)

**Teil 1**  
(verbleibt beim Arzt)

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 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

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 Tagessehschärfe nach DIN 58220 \_\_\_\_\_

Farbensehen \_\_\_\_\_

Gesichtsfeld \_\_\_\_\_

Stereosehen \_\_\_\_\_

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

Aufgrund der oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung

erreicht, **ohne** Sehhilfe

erreicht, **mit** Sehhilfe

**nicht erreicht.**

Auflagen/Beschränkungen erforderlich

nein

ja \_\_\_\_\_

# Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung des Sehvermögens

(Anlage 6 Nr. 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung)

**Teil 2**  
(dem Bewerber auszuhändigen)

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 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

Name des Augenarztes, Anschrift:

\_\_\_\_\_  
Familiennamen, Vornamen

des Bewerbers: \_\_\_\_\_

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

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

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

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

### 3. Untersuchungsbefund vom \_\_\_\_\_

Zentrale Tagesseshschärfe nach DIN 58220 \_\_\_\_\_

Farbensehen \_\_\_\_\_

Gesichtsfeld \_\_\_\_\_

Stereosehen \_\_\_\_\_

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

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurde die in Anlage 6 Nr. 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