

**Muster**  
**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung**  
**(Anlage 6 Nummer 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 Ferientour-Reisen 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 Arztes, Facharztbezeichnung, ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes, ggf. Angabe über Tätigkeit bei einer Begutachtungsstelle für Fahrerlaubnis oder über Stellung als Arzt der öffentlichen Verwaltung, Anschrift

Familienname, Vornamen des Bewerbers:.....

Tag der Geburt: .....

Ort der Geburt: .....

Wohnort: .....

Straße/Hausnummer: .....

Nummer des Personalausweises:.....

Untersuchungsbefund vom ..... über

- Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220

- Farbsehen

- Kontrast- oder Dämmerungssehen

- Gesichtsfeld

- Stereosehen

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurden die in Anlage 6 Nummer 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung geforderten Anforderungen

erreicht, ohne Sehhilfe

erreicht, mit Sehhilfe

nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nummer 2.2 der Fahrerlaubnis-Verordnung ist erforderlich:

ja

nein

Das Zeugnis ist zwei Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

....., den

.....

Stempel und Unterschrift des Arztes  
mit den oben stehenden beruflichen Angaben