

# Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens

(Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung FEV)

Von Bewerbern um eine 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 (FeV).

## Teil I (verbleibt beim Arzt)

### 1. Angaben über den untersuchenden Arzt

Name, Facharztbezeichnung, ggfs. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung des Arztes, ggfs. Angaben über Tätigkeit bei 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 \_\_\_\_\_  
Nr. des Personalausweises \_\_\_\_\_

### 3. Untersuchungsbefund vom : \_\_\_\_\_ über

Zentrale Tagessehstärke nach DIN 58220 \_\_\_\_\_  
Farbsehen \_\_\_\_\_  
Gesichtsfeld \_\_\_\_\_  
Stereosehen \_\_\_\_\_  
Kontrast- oder Dämmerungssehen \_\_\_\_\_

### Aufgrund der oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV)

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 des Sehvermögens

(Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnis-Verordnung FEV)

Von Bewerbern um eine 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 Ausflugfahrten oder Ferienzweck-Reisen nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV).

## Teil I (dem Bewerber auszuhändigen)

### 1. Angaben über den untersuchenden Arzt

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

---

---

### 1. Personalien des Bewerbers

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

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

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

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

Nr. des Personalausweises \_\_\_\_\_

### 1. Untersuchungsbefund vom : \_\_\_\_\_ über \_\_\_\_\_

Zentrale Tagessehschäfe nach DIN 58220 \_\_\_\_\_

Farbsehen \_\_\_\_\_

Gesichtsfeld \_\_\_\_\_

Stereosehen \_\_\_\_\_

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

### Aufgrund der oben angeführten Untersuchung wurden die Anforderungen nach Anlage 6 Nr. 2.1 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV)

- 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.

X

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arztes

X

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift