

Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung (Anlage 6 Nummer 2.2 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 nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung



LANDRATSAMT
ERDING

Teil 1 (verbleibt beim Arzt)

1. Name und Anschrift des Augenarztes

Name, Vorname:

Facharztbezeichnung ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung
ggf. Angabe über Tätigkeit bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung oder über Stellung als Arzt der öffentl. Verwaltung:

Anschrift:

2. Personalien des Bewerbers

Familiename, Vornamen:

Tag der Geburt:

Ort der Geburt:

Wohnort:

Straße/Hausnummer:

3. Untersuchungsbefund vom _____ über

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, _____

Das Zeugnis ist 2 Jahre gültig.

Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

Zeugnis über die augenärztliche Untersuchung

(Anlage 6 Nummer 2.2 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 nach § 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der Fahrerlaubnis-Verordnung



LANDRATSAMT
ERDING

Teil 2 (dem Bewerber auszuhändigen)

Name und Anschrift des Augenarztes

Name, Vorname des **Arztes**:

Facharztbezeichnung ggf. Gebiets- oder Zusatzbezeichnung
ggf. Angabe über Tätigkeit bei einer Begutachtungsstelle für Fahreignung oder über Stellung als Arzt der öffentl. Verwaltung:

Anschrift:

Name, Vorname des **Bewerbers**:

Tag der Geburt:

Ort der Geburt:

Wohnort:

Straße/Hausnummer:

Nummer des Personalausweises:

Untersuchungsbefund vom _____ über _____

Zentrale Tagessehschärfe
nach DIN 58220

Farbensehen:

Gesichtsfeld:

Stereosehen:

Kontrast- oder Dämmerungsehen:

Aufgrund der von mir nach Teil 1 erhobenen Befunde wurden die in der 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 Arztes mit den
oben stehenden beruflichen Angaben