

Landratsamt Rottal–Inn

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens**

(Anlage 6 Nr. 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 Ferienziel-Reisen nach**

**§ 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der FeV**

***Teil I*** *(verbleibt beim Arzt)*

**1. Angaben über den untersuchenden Arzt**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Anschrift |  |

**2. Personalien des Bewerbers**

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname |  |
| Vorname(n) |  |
| Geburtsdatum, Geburtsort |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| PLZ, Ort |  |
| Personalausweisnummer |  |

**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. 2.1 der FeV

erreicht, ohne Sehhilfe  erreicht, mit Sehhilfe  nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nr. 2.2 der FeV ist erforderlich:

nein  ja, ………………...……

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter [www.rottal-Inn.de/datenschutz](http://www.rottal-Inn.de/datenschutz).



Landratsamt Rottal–Inn

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens**

(Anlage 6 Nr. 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 Ferienziel-Reisen nach**

**§ 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der FeV**

***Teil II*** *(dem Bewerber auszuhändigen)*

**1. Angaben über den untersuchenden Arzt**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Anschrift |  |

**2. Personalien des Bewerbers**

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname |  |
| Vorname(n) |  |
| Geburtsdatum, Geburtsort |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| PLZ, Ort |  |
| Personalausweisnummer |  |

**3. Untersuchungsbefund vom** ……..…… **über**

|  |  |
| --- | --- |
| Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 |  |
| Farbensehen |  |
| Gesichtsfeld |  |
| Stereosehen |  |
| Kontrast- oder Dämmerungssehen |  |

Aufgrund der von mir nach Teil I erhobenen Befunde wurden die in Anlage 6 Nr. 2.2 der FeV geforderten Anforderungen

erreicht, ohne Sehhilfe  erreicht, mit Sehhilfe  nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nr. 2.2 der FeV ist erforderlich:

nein  ja, ………………....……

Die Bescheinigung ist 2 Jahre gültig. Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Stempel und Unterschrift des oben stehenden Arztes |

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter [www.rottal-Inn.de/datenschutz](http://www.rottal-Inn.de/datenschutz).



Landratsamt Rottal–Inn

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung des Sehvermögens**

(Anlage 6 Nr. 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 Ferienziel-Reisen nach**

**§ 12 Abs. 6 und § 48 Abs. 4 Nr. 4 und Abs. 5 Nr. 2 der FeV**

***Teil II*** *(Ausfertigung für die Weitergabe vom Bewerber an die Fahrerlaubnisbehörde)*

**1. Angaben über den untersuchenden Arzt**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Anschrift |  |

**2. Personalien des Bewerbers**

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname |  |
| Vorname(n) |  |
| Geburtsdatum, Geburtsort |  |
| Straße, Hausnummer |  |
| PLZ, Ort |  |
| Personalausweisnummer |  |

**3. Untersuchungsbefund vom** ……..…… **über**

|  |  |
| --- | --- |
| Zentrale Tagessehschärfe nach DIN 58220 |  |
| Farbensehen |  |
| Gesichtsfeld |  |
| Stereosehen |  |
| Kontrast- oder Dämmerungssehen |  |

Aufgrund der von mir nach Teil I erhobenen Befunde wurden die in Anlage 6 Nr. 2.2 der FeV geforderten Anforderungen

erreicht, ohne Sehhilfe  erreicht, mit Sehhilfe  nicht erreicht

Eine augenärztliche Zusatzuntersuchung nach Anlage 6 Nr. 2.2 der FeV ist erforderlich:

nein  ja, ………………....……

Die Bescheinigung ist 2 Jahre gültig. Die Identität des Untersuchten wurde geprüft.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Stempel und Unterschrift des oben stehenden Arztes |

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter [www.rottal-Inn.de/datenschutz](http://www.rottal-Inn.de/datenschutz).