

**VIII. [VOM AUGENARZT AUSGESTELLTES TAUGLICHKEITSATTEST FÜR ZUR
GRUPPE 1 GEHÖRENDE BEWERBER(INNEN) UM EINEN FÜHRERSCHEIN**

Ich, der Unterzeichnete,, Augenarzt, erkläre hiermit, dass ich den/die nachstehend genannte(n) Bewerber(in) untersucht habe. Ich bestätige, dass gemäß Anlage 6 Ziffer III des Königlichen Erlasses vom 23. März 1998 über den Führerschein der/die Bewerber(in)

tauglich zum Führen von Fahrzeugen der Klasse AM A1 A2 A B B+E G, ohne Bedingungen und Einschränkungen ist (*)

untauglich zum Führen von Fahrzeugen der Klasse AM A1 A2 A B B+E G ist (*)

gemäß den Bestimmungen der oben genannten Anlage 6 Ziffer III nach einer Untersuchung durch den Arzt des in Artikel 45 des Königlichen Erlasses vom 23. März 1998 über den Führerschein erwähnten Zentrums für fahrtauglich erklärt werden kann. Ich gebe ein günstiges Gutachten bezüglich des Führens von Fahrzeugen der Klasse AM A1 A2 A B B+E G (*) unter nachstehend erwähnten Bedingungen oder mit nachstehend erwähnten Einschränkungen ab (*):

tauglich zum Führen von Fahrzeugen der Klasse (*) AM A1 A2 A B B+E G ist (*), unter nachstehend erwähnten Bedingungen oder mit nachstehend erwähnten Einschränkungen:

- Code 01:01: Brille
- Code 01:02: Kontaktlinsen
- Code 01:05: Augenschutz
- Code 01:06: Brille oder Kontaktlinsen
- Code 01:07: Spezifische optische Hilfe
- Code 61: Beschränkung auf Fahrten ab 1 Stunde nach Sonnenaufgang bis zu 1 Stunde vor Sonnenuntergang
- Code 62: Beschränkung auf Fahrten in einem Umkreis von km vom Wohnsitz oder innerorts in /innerhalb der Region
- Code 63: Beschränkung auf Fahren ohne Beifahrer
- Code 64: Beschränkung auf Fahrten mit einer zulässigen Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als ... km/h
- Code 65: Fahren nur mit Begleiter, der Inhaber eines Führerscheins ist
- Code 66: Beschränkung auf Fahrten ohne Anhänger
- Code 67: Fahren auf Autobahnen nicht erlaubt
- Code 68: kein Alkohol

Aufgrund der ärztlichen Feststellungen und gemäß der oben genannten Anlage 6 Ziffer III hat dieses Tauglichkeitsattest aus ophthalmologischer Sicht: (*)

- eine unbeschränkte Gültigkeitsdauer
- eine beschränkte Gültigkeitsdauer bis zum/...../.....

Identifizierung des Bewerbers / der Bewerberin

Identifizierung des Arztes

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:/...../.....
Nationalregisternummer (fakultativ):
.....

Name:
Adresse:
.....

Stempel

Adresse:
.....

Datum
Unterschrift

(*) Zutreffende Rubrik(en) ankreuzen]