

# Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1 E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienziel-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

Teil I (verbleibt beim Arzt)

## 1. Personalien des Bewerbers

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

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

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

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

2.

### Hinweis für den untersuchenden Arzt:

Die Bescheinigung nach Teil II soll der Verwaltungsbehörde vor Erteilung der Fahrerlaubnis Kenntnisse darüber verschaffen, ob bei dem Bewerber Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens vorliegen, die Bedenken gegen seine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen begründen und gegebenenfalls Anlass für eine weitergehende Untersuchung vor Erteilung der Fahrerlaubnis geben.

Hierfür reicht in der Regel eine orientierende Untersuchung (sogenanntes "Screening") der im folgenden genannten Bereiche aus; in Zweifelsfällen ist die Konsultation anderer Ärzte nicht ausgeschlossen.

## 3. Vorgeschichte

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 4. Daten

Größe \_\_\_\_\_ (cm) Gewicht \_\_\_\_\_ (kg)

RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg Puls \_\_\_\_\_ Schläge in der Minute

Urin E \_\_\_\_\_ Z \_\_\_\_\_ Sed \_\_\_\_\_

Flüstersprache R \_\_\_\_\_ m L \_\_\_\_\_ m

## 5. Allgemeiner Gesundheitszustand

gut

falls nicht ausreichend, nähere Erläuterung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. Körperbehinderungen

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Behinderung

falls ja, welche: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. **Herz/ Kreislauf**

keine Anzeichen für Herz-/ Kreislaufstörungen

falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

8. **Blut**

keine Anzeichen einer schweren Bluterkrankung

falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

9. **Erkrankung der Niere**

keine Anzeichen einer schweren Insuffizienz

falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

10. **Endokrine Störungen**

keine Anzeichen einer Zuckererkrankung

Zuckerkrankheit – falls bekannt: mit/ohne Insulinbehandlung

keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen

falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

11. **Nervensystem**

keine Anzeichen für Störungen

falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

12. **Psychische Erkrankung/ Sucht (Alkohol, Drogen, Arzneimittel)**

keine Anzeichen einer Geistes- oder Suchterkrankung

falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

13. **Gehör**

keine Anzeichen für eine schwere Störung des Hörvermögens

falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

# Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1 E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienzielreisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)

## Aufgrund der Angaben des Untersuchten

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

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

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

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

und der von mir in dem nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

- keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten,
- eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stempel

\_\_\_\_\_