

# Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

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 § 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 Fahrerlaubnisbehörde vor Erteilung der Fahrerlaubnis Kenntnisse darüber verschaffen, ob bei dem Bewerber Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögen 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 orientierte 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 Zuckerkrankheit

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 Erkrankungen/ 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 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 Ausflugfahrten oder Ferienziel-Reisen 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 Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten,

eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde):

---

---

---

---

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift

---

---

# Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

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 Ferienzeleisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

Teil II (Durchschlag zum Verbleib bei dem Arzt)

## Aufgrund der Angaben des Untersuchten

Familienname, Vorname

Tag der Geburt

Ort der Geburt

Wohnort

Straße/Hausnummer

---

---

---

---

---

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

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

---

---

---

---

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift

---

---