



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 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 ggf. 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. **Erkrankungen 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**

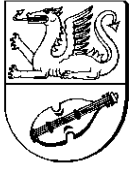
keine Anzeichen für eine schwere Störung des Hörvermögens

falls ja, welche: _____

14. **Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit (z. B. Schlafstörungen)**

keine Anzeichen für Erkrankung mit erhöhter Tagesschläfrigkeit

falls ja, welche: _____



**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 Per-
sonenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten 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 nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Er-
teilung der Fahrerlaubnis

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

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift
