



**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_