

# **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 Ferienzweck-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 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:

---

---

**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 Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferientziel-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

### **Teil II (*dem Bewerber auszuhändigen*)**

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):

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

X

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arztes

X

\_\_\_\_\_  
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 Ferienziel-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

### **Teil II (Ausfertigung für die Weitergabe vom Bewerber an die Fahrerlaubnisbehörde)**

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):

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

X

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Arztes

X

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift