

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 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 Ausflugfahrten 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)

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