

## 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. Hinweise 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 orientierende Untersuchung (sog. "screening") der im folgenden genannten Bereiche aus; in Zweifelsfällen ist die Konsultation anderer Ärzte nicht ausgeschlossen.

### 3. Vorgeschichte

eine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheit 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:

---

---

**(hier abtrennen)**

---

**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)**

**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 Erteilung 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

---

---