

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)

Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)

Teil III (verbleibt beim Arzt)

1. Angaben zur Person

Name		Vorname(n)	
Geburtstag	Geburtsort		
Straße, Nr.			
PLZ, Ort			

2. Hinweis für den untersuchenden Arzt

Die Bescheinigung nach Teil II soll der Verwaltungsbehörde vor Erteilung der Fahrerlaubnis Kenntnis 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 (sogenanntes „screening“) der im Folgenden genannten Bereiche aus; In Zweifelsfällen ist die Konsultation anderer Ärzte nicht ausgeschlossen.

3. Vorgeschichte

keine die Fahrfähigkeit einschränkenden Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche:

4. Daten

Größe	cm	Gewicht	kg	RR	/	mmHg
Puls	Schläge pro 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 Zuckererkrankung

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:

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)
	Teil II	(dem Bewerber auszuhändigen)
	Teil III	(verbleibt beim Arzt)

Aufgrund der Angaben des Untersuchten	
Name	Vorname(n)
Geburtstag	Geburtsort
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
und der von mir in dem nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis	
<input type="checkbox"/> keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten	
<input type="checkbox"/> eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde)	
Name und Anschrift des Arztes	Datum, 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 I	(verbleibt beim Arzt)
	Teil II	(dem Bewerber auszuhändigen)
	Teil III	(verbleibt beim Arzt)

Aufgrund der Angaben des Untersuchten	
Name	Vorname(n)
Geburtstag	Geburtsort
Straße, Nr.	
PLZ, Ort	
und der von mir in dem nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis	
<input type="checkbox"/> keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten	
<input type="checkbox"/> eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde)	
Name und Anschrift des Arztes	Datum, Unterschrift