

## Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer 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 Fahrerlaubnisbehörde 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 weitere 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

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. Erkrankung mit erhöhter Tagesschläfrigkeit (z. B. Schlafstörungen)

keine Anzeichen für Erkrankung mit erhöhter Tagesschläfrigkeit

falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

# Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer 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 (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 weiterführende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde)

---

---

---

---

---

--

Name und Anschrift des Arztes

--

Datum und Unterschrift

# Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer 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 (verbleibt beim Arzt)

### 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 weiterführende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde)

---

---

---

---

---

--

Name und Anschrift des Arztes

--

Datum und Unterschrift