

## 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

<input type="checkbox"/> keine die Fahrfähigkeit einschränkenden Krankheiten oder Unfälle durchgemacht
<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> falls nicht ausreichend, nähere Erläuterung:

### 6. Körperbehinderungen

<input type="checkbox"/> keine die Fahrfähigkeit einschränkende Behinderung
<input type="checkbox"/> falls ja, welche:

### 7. Herz / Kreislauf

<input type="checkbox"/> keine Anzeichen für Herz-/Kreislaufstörungen
<input type="checkbox"/> falls ja, welche:

### 8. Blut

<input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer schweren Bluterkrankung
<input type="checkbox"/> 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:

<b>Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung</b> 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

<b>Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung</b> 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