

# 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 Taxis, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugfahrten oder Ferientour-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. Selbstangaben zur Vorgeschichte

Keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheit oder Unfälle durchgemacht  
 Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

---

## 4. Daten (vom Arzt auszufüllen)

Größe \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

RR \_\_\_\_\_ mmHg                      Puls \_\_\_\_\_ Schläge/Minute

Urin: E \_\_\_\_\_ Z \_\_\_\_\_

Flüstersprache: R \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_

## 5. Allgemeiner Gesundheitszustand (vom Bewerber auszufüllen)

gut  
 Falls nicht ausreichend, nähere Erläuterung: \_\_\_\_\_

---

## 6. Körperbehinderungen

- keine die Fahrtüchtigkeit 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 für eine 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 / Süchte (Alkohol, Drogen, Arzneimittel)

- keine Anzeichen einer Geistes- und/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 Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit

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

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

\_\_\_\_\_  
Ort, 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 Taxis, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferientour-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 Beeinträchtigung 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 Taxis, 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** (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 Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten

eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_