

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 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 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
