

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

Teil I (verbleibt beim Arzt)

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

☒ Zutreffendes ankreuzen!

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 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 einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht
<input type="checkbox"/> 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

<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

<input type="checkbox"/>	keine Anzeichen einer schweren Insuffizienz
<input type="checkbox"/>	falls ja, welche:

10. Endokrine Störungen

<input type="checkbox"/>	keine Anzeichen einer Zuckerkrankheit
<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit – falls bekannt: mit/ohne Insulinbehandlung
<input type="checkbox"/>	keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen
<input type="checkbox"/>	falls ja, welche:

11. Nervensystem

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

12. Psychische Erkrankungen/Sucht (Alkohol, Drogen, Arzneimittel)

<input type="checkbox"/>	keine Anzeichen einer Geistes- oder Suchterkrankung
<input type="checkbox"/>	falls ja, welche:

13. Gehör

<input type="checkbox"/>	keine Anzeichen für eine schwere Störung des Hörvermögens
<input type="checkbox"/>	falls ja, welche:

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)

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 Ferienzeil-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

Zutreffendes ankreuzen!

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

<input type="checkbox"/> keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten,	(Angabe der entsprechenden Befunde)
<input type="checkbox"/> eine weitergehende Untersuchung wegen	
Name und Anschrift des Arztes	Datum und Unterschrift