

## Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis 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)

### 1. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_  
Tag der Geburt \_\_\_\_\_  
Ort der Geburt \_\_\_\_\_  
Wohnort \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

#### Hinweis für den untersuchenden Arzt:

2. 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 orientierende Untersuchung (sogenanntes „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-/Kraislaufstörungen  
 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. **Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit (z.B. Schlafstörungen)**

keine Anzeichen für Erkrankung mit erh. Tagesschläfrigkeit  
 falls ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung**

**von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis 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 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 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 weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde):

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

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_