

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

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.

Teil I (verbleibt beim Arzt)

1. Personalien des Bewerbers

Nachname, 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 dar- über verschaffen, ob bei dem Bewerber Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte Eignung ausschließen können und Bedenken gegen seine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen begründen und gegebenenfalls Anlass für eine weitergehende Untersuchung vor Erteilung der Fahrerlaubnis geben (letzteres ist durch die Fahrerlaubnisbehörde anhand der mitgeteilten Befunde und gegebenenfalls weiterer Informationen zu beurteilen).

Hierfür reicht in der Regel eine orientierende Untersuchung (sogenanntes „screening“) der im Folgenden genannten Bereiche aus; in Zweifelsfällen ist die konsiliarische Erörterung mit anderen Ärzten nicht ausgeschlossen.

3. Vorgeschichte

☐ keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheit oder Unfall 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-/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 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 erhöhter Tagesschläfrigkeit

☐ falls ja, welche: _____

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

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.

Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)

Aufgrund der Angaben des Untersuchten

Nachname, 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 des Arztes: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes