

## 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 Taxen, Mietwagen, Krankenwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Fernziel-Reisen nach § 11 Absatz 9 und § 48 Absatz 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 Kenntnis darüber verschaffen, ob bei dem Bewerber Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögen vorliegen, die Bedenken gegenseitige 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 Fähigkeiten einschränkende Krankheit 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 Fähigkeit 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/ Suche (Drogen, Alkohol, Arzneimittel)

- keine Anzeichen einer Geistes- oder Suchterkrankung
- falls ja, welche:

---

---

### 13. Gehör

- keine Anzeichen für eine schwere Störung des Hörvermögens
- falls ja, welche:

---

---

## 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 Taxen, Mietwagen, Krankenwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Fernziel-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 Befunden empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten

eine weitgehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde):

---

---

---

---

---

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift

---