

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 Fahrerlaubnisverordnung.

Teil I (verbleibt beim Arzt)

1. Personalien

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 i.d.R. eine orientierte Untersuchung (sog. „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-/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 Fahrerlaubnisverordnung.

Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)

Aufgrund der Angaben der 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
