

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

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

- eine 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**Teil II** (dem Bewerber aushändigen)**für die Fahrerlaubnisbehörde**

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

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 (Praxisstempel)

Datum und Unterschrift des Arztes

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

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 (Praxisstempel)

Datum und Unterschrift des Arztes