

# 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 Ferientziel-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnisverordnung.

## TEIL I (verbleibt beim Arzt)

### 1. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

Tag der Geburt \_\_\_\_\_

Ort der Geburt \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer \_\_\_\_\_

### 2. Hinweise 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 Leistungsvermögen 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 orientierte 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-/ Kreislaufstörungen
  - falls ja, welche: \_\_\_\_\_
- 

**8. Blut**

- keine Anzeichen einer schweren Bluterkrankung
  - falls ja, welche: \_\_\_\_\_
- 

**9. Erkrankung 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 nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

Teil II (Durchschlag verbleibt beim Arzt)

### Aufgrund der Angaben des Untersuchten

Familienname, Vorname

---

Tag der Geburt

---

Ort der Geburt

---

Wohnort

---

Straße/Hausnummer

---

und der von mir in dem Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde bescheinige ich, dass

- Keine Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte Eignung ausschließen können,
- Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte Eignung ausschließen können. Folgende Befunde wurden erhoben:

---

---

---

---

---

.....  
Name und Anschrift des Arztes

.....  
Datum und Unterschrift

## 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 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 Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde bescheinige ich, dass

- Keine Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte Eignung ausschließen können,
- Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte Eignung ausschließen können. Folgende Befunde wurden erhoben:

---

---

---

---

---

---

.....  
Name und Anschrift des Arztes

.....  
Datum und Unterschrift