

	Eingangsvermerk/-stempel
	Aktenzeichen
	Datum

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

Von Bewerbern um einen Fahrerlaubnis der Klasse 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 Ferienzweckreisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 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 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.

Hiefür 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

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 ja, welche:

6. Körperbehinderung

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 Erkrankung / 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.N. Schlafstörungen)

Keine Anzeichen für Erkrankung mit erhöhter Tagesschläfrigkeit

Falls ja, welche:

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

Von Bewerbern um einen Fahrerlaubnis der Klasse 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 Ferienzielreisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

Teil II (Durchschlag zum Verbleib bei dem 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 erhobene Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten.

eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunden) :

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift
