

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 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. 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	<input type="checkbox"/> keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheit oder Unfall durchgemacht <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> Falls nicht ausreichend, nähere Erläuterung:
6. Körperbehinderungen	<input type="checkbox"/> keine die Fahrfähigkeit einschränkende Behinderung <input type="checkbox"/> Falls ja, welche:

7.	<p>Herz/Kreislauf</p> <p><input type="checkbox"/> keine Anzeichen für Herz-/Kreislaufstörungen</p> <p><input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>
8. Blut	
<p><input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer schweren Bluterkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	
9. Erkrankungen der Niere	
<p><input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer schweren Insuffizienz</p> <p><input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	
10. Endokrine Störungen	
<p><input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer Zuckerkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit - falls bekannt: mit/ohne Insulinbehandlung</p> <p><input type="checkbox"/> keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen</p> <p><input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	
11. Nervensystem	
<p><input type="checkbox"/> keine Anzeichen für Störungen</p> <p><input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	
12. Psychische Erkrankungen/Sucht (Alkohol, Drogen, Arzneimittel)	
<p><input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer Geistes- oder Suchterkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	
13. Gehör	
<p><input type="checkbox"/> keine Anzeichen für eine schwere Störung des Hörvermögens</p> <p><input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	
14. Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit (z. B. Schlafstörungen)	
<p><input type="checkbox"/> keine Anzeichen für Erkrankung mit erhöhter Tagesschläfrigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Falls ja, welche:</p>	

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 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 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