

# Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienzweck-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

Teil I (verbleibt beim Arzt)

## 1. Personalien des Bewerbers

\_\_\_\_\_  
Familiennamen

\_\_\_\_\_  
Vorname

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

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

## 2. Hinweis für den untersuchenden Arzt:

Die Bescheinigung nach Teil II soll der Verwaltungsbehörde vor der 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

keine die Fähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 4. Daten

\_\_\_\_\_(cm)

Größe

\_\_\_\_\_(kg)

Gewicht

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_mmHg

RR

\_\_\_\_Schläge in der Minute

Puls

\_\_\_\_Z\_\_\_\_\_Sed

Urin E

\_\_\_\_\_m L\_\_\_\_\_m

Flüstersprache

## 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  keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen  
 Zuckerkrankheit - falls bekannt: mit/ohne Insulinbehandlung  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:

---

---

Teil II (Ausfertigung für die Fahrerlaubnisbehörde)

**Aufgrund der Angaben des Untersuchten**

\_\_\_\_\_  
Familiennamenname

\_\_\_\_\_  
Vorname

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

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

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Wohnort

und der von mir in dem nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobener 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