

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis der Klassen C, C 1, CE, C1 E, D, D 1, DE, D 1 E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienzweck-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

1. Personalien des Bewerbers

| |
|-------------------------------------|
| Familienname, Vorname |
| Tag und Ort der Geburt |
| Anschrift (Ort, Straße, Hausnummer) |

2. Hinweis für den untersuchenden Arzt:

Die Bescheinigung nach Teil II soll der Verwaltungsbehörde 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 Krankheiten oder Unfälle durchgemacht |
| <input type="checkbox"/> falls ja, welche: |
| |

4. Daten

| | | | | | | |
|------------------|--------------------|---------|----|-----|---|------|
| Größe | cm | Gewicht | kg | RR | / | mmHg |
| Puls | Schläge pro 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. Herz / Kreislauf

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> keine Anzeichen für Herz / Kreislaufstörungen |
| <input type="checkbox"/> falls ja, welche: |
| |

8. Blut

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer schweren Bluterkrankung |
| <input type="checkbox"/> falls ja, welche: |
| |

9. Erkrankung der Niere

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer schweren Insuffizienz |
| <input type="checkbox"/> falls ja, welche: |
| |

10. Endokrine Störungen

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit - falls bekannt: mit / ohne Insulinbehandlung |
| <input type="checkbox"/> keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen |
| <input type="checkbox"/> falls ja, welche: |
| |

11. Nervensystem

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> keine Anzeichen für Störungen |
| <input type="checkbox"/> falls ja, welche: |
| |

12. Psychische Erkrankungen / Sucht (Alkohol, Drogen, Arzneimittel)

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer Geistes- oder Suchterkrankung |
| <input type="checkbox"/> falls ja, welche: |
| |

13. Gehör

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> keine Anzeichen für eine schwere Störung des Hörvermögens |
| <input type="checkbox"/> falls ja, welche: |
| |

14. Erkrankung mit erhöhter Tagesschläfrigkeit (z.B. Schlafstörungen)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> keine Anzeichen für Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit |
| <input type="checkbox"/> falls ja, welche: |
| |

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis der Klassen C, C 1, CE, C1 E, D, D 1, DE, D 1 E 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

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten, |
| <input type="checkbox"/> eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde) |

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift