

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 Absatz 9 und § 48 Absatz 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 Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte Eignung ausschließen können und Bedenken gegen seine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen begründen und gegebenenfalls Anlass für eine weitergehende Untersuchung vor Erteilung der Fahrerlaubnis geben (letzteres ist durch die Fahrerlaubnisbehörde anhand der mitgeteilten Befunde und gegebenenfalls weiterer Informationen zu beurteilen).

Hierfür reicht in der Regel eine orientierende Untersuchung (sogenanntes „screening“) der im Folgenden genannten Bereiche aus; in Zweifelsfällen ist die konsiliarische Erörterung mit anderen Ärzten 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 Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche: _____

7. Herz/Kreislauf

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche: _____

8. Blut

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche: _____

9. Erkrankungen der Niere

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche: _____

10. Endokrine Störungen

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche: _____

11. Nervensystem

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche: _____

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

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche: _____

13. Gehör

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

falls ja, welche: _____

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

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

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 Absatz 9 und § 48 Absatz 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 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