



Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern/Bewerberinnen 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 1 (verbleibt beim Arzt)

1. Personalien des Bewerbers/der Bewerberin

Name		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Geburtsort	
PLZ	Ort	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/der Bewerber/in 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 Fahrfähigkeit einschränkende Krankheit oder Unfälle durchgemacht
 falls ja, welche

4. Daten

Größe in cm	<input type="text"/>	Gewicht in kg	<input type="text"/>
RR	<input type="text"/> mmHg	Puls	<input type="text"/> Schläge in der Minute
Urin E	<input type="text"/> Sed		
Flüstersprache R	<input type="text"/> m L	<input type="text"/>	m

5. Allgemeiner Zustand

- 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 Störungen des Hörvermögens
 Falls ja, welche

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern/Bewerberinnen 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 2 (dem/der Bewerber/in auszuhändigen)
Aufgrund der Angaben des/der Untersuchten

Familiename		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Geburtsort	
PLZ	Ort	Straße	Hausnummer

und der von mir in dem nach Teil 1 vorgesehene Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

- keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten.
- eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde)

--	--	--	--

Name		Vorname		Unterschrift
Akad. Grad	Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort		Datum (TT.MM.JJJJ)	

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern/Bewerberinnen 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 2 (dem/der Bewerber/in auszuhändigen)
Aufgrund der Angaben des/der Untersuchten

Familiename		Vorname	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Geburtsort	
PLZ	Ort	Straße	Hausnummer

und der von mir in dem nach Teil 1 vorgesehene Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten.

eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde)

Name		Vorname		Unterschrift
Akad. Grad	Straße		Hausnummer	
PLZ	Ort	Datum (TT.MM.JJJJ)		