

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, 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.

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 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 orientierte Untersuchung (sogenanntes „screening“ der im folgenden genannten Bereiche aus: in Zweifelsfällen ist die Konsultation anderer Ärzte 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 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. Erkrankung der Niere

Keine Anzeichen einer schweren Insuffizienz
falls ja, welche:

10. Endokrine Störungen

Keine Anzeichen einer Zuckerkrankheit
Zuckerkrankheit - falls bekannt: mit ohne Insulinbehandlung
Keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen
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:

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

keine Anzeichen für Erkrankung mit erhöhter Tagesschläfrigkeit
falls ja, welche:

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, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferientziel-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)

Familienname, Vorname _____

Tag der Geburt _____

Ort der Geburt _____

Wohnort _____

Straße/Hausnummer _____

und der von mir in dem Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde, empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten,

eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde):

X

Name und Anschrift des Arztes

X

Datum und Unterschrift

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, 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 (Ausfertigung für die Weitergabe vom Bewerber an die Fahrerlaubnisbehörde)

Familienname, Vorname _____

Tag der Geburt _____

Ort der Geburt _____

Wohnort _____

Straße/Hausnummer _____

und der von mir in dem Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde, empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigungen des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten,

eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde):

X

Name und Anschrift des Arztes

X

Datum und Unterschrift