

# 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 FeV

**Teil I** (verbleibt bei dem 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 einer der o.a. Klassen 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 (sog. „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

Größe \_\_\_\_\_ (cm)                      Gewicht \_\_\_\_\_ (kg)  
RR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mm Hg                      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. Erkrankungen 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:

---

---

---

## 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 FeV

**Teil II** (dem Bewerber auszuhändigen)

### Aufgrund der Angaben des Untersuchten

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

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

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

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

und den von mir in dem nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen 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, Stempel und Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_