



## 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 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnisverordnung

Teil I (verbleibt beim Arzt)

### 1. Personalien der Bewerberin/des Bewerbers

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

Geburtstag \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

PLZ, 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 der Bewerberin/dem Bewerber Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder bedingte Eignung ausschließen können und Bedenken gegen ihre/seine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen begründen und ggf. 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 (sog. „screening“) der im Folgenden genannten Bereiche aus; in Zweifelsfällen ist die konsiliarische Erörterung mit anderen Ärzten nicht ausgeschlossen.

### 3. Vorgeschichte

keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheit 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. 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

keine Anzeichen für eine Erkrankung mit erhöhter Tagesschläfrigkeit

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 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnisverordnung

Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)

## Aufgrund der Angaben der Untersuchten/des Untersuchten

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

Geburtstag \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

PLZ, 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 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