

## Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klasse C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung 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 \_\_\_\_\_

#### Hinweis für den untersuchenden Arzt:

2. 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 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 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. **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 Erkrankung mit erh. 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 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 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_