

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 Absatz 9 und § 48 Absatz 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 die 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

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 Absatz 9 und § 48 Absatz 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 Fahrerlaubnisbehörde vor Erteilung der Fahrerlaubnis Kenntnisse darüber verschaffen, ob bei dem Bewerber Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte Eignung ausschließen können und Bedenken gegen seine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen begründen und gegebenenfalls 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 (sogenanntes „screening“) der im Folgenden genannten Bereiche aus; in Zweifelsfällen ist die konsiliarische Erörterung mit anderen Ärzten 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 erhöhter Tagesschläfrigkeit

falls ja, welche: _____
