

## Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung - Teil I (verbleibt beim Arzt)

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

### 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 Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit  
 falls ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung -  
Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)**

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

**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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_