

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 für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienzweck-Reisen nach § 11 Absatz 9 und § 48 Absatz 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

BUS

1. Personalien des Bewerbers

| | |
|------------------------|--|
| Familienname, Vornamen | |
| Tag der Geburt | |
| Ort der Geburt | |
| 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 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 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 für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienziel-Reisen nach § 11 Absatz 9 und § 48 Absatz 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

Aufgrund der Angaben des Untersuchten

| | |
|------------------------|--|
| Familienname, Vornamen | |
| Tag der Geburt | |
| Ort der Geburt | |
| PLZ, Wohnort | |
| Straße / Hausnummer | |

und der von mir in dem nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten,

eine weitergehende Untersuchung wegen

Angabe der entsprechenden Befunde

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift