

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Fernziel-Reisen 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
	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 und geistigen Leistungsvermögens vorliegen, die Bedenken gegen seine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen begründen und ggf. Anlass für eine weitergehende Untersuchung vor Erteilung der Fahrerlaubnis geben. Hierfür reicht in der Regel eine orientierende Untersuchung (sog. „screening“) der im Folgenden genannten Bereiche aus; in Zweifelsfällen ist die Konsultation anderer Ärzte nicht ausgeschlossen.
3.	Vorgeschichte <input type="checkbox"/> keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheit oder Unfälle durchgemacht <input type="checkbox"/> falls ja, welche:
4.	Daten Größe: ____ cm Gewicht: ____ kg RR: ____ / ____ mmHg Puls: ____ Schläge/Minute Urin E: ____ Z: ____ Sed Flüstersprache: R ____ m L: ____ m
5.	Allgemeiner Gesundheitszustand <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> falls nicht ausreichend, nähere Erläuterung:

bitte wenden...

6.	Körperbehinderungen <input type="checkbox"/> keine die Fahrfähigkeit einschränkende Behinderung <input type="checkbox"/> falls ja, welche:
7.	Herz/Kreislauf <input type="checkbox"/> kein Anzeichen für Herz/Kreislaufstörungen <input type="checkbox"/> falls ja, welche:
8.	Blut <input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer schweren Bluterkrankung <input type="checkbox"/> falls ja, welche:
9.	Erkrankungen der Niere <input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer schweren Insuffizienz <input type="checkbox"/> falls ja, welche:
10.	Endokrine Störungen <input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer Zuckerkrankheit <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit – falls bekannt: <input type="checkbox"/> mit <input type="checkbox"/> ohne Insulinbehandlung <input type="checkbox"/> keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen <input type="checkbox"/> falls ja, welche:
11.	Nervensystem <input type="checkbox"/> keine Anzeichen für Störungen <input type="checkbox"/> falls ja, welche:
12.	Psychische Erkrankungen/Sucht (Alkohol, Drogen, Arzneimittel) <input type="checkbox"/> keine Anzeichen einer Geistes- oder Suchterkrankung <input type="checkbox"/> falls ja, welche:
13.	Gehör: <input type="checkbox"/> keine Anzeichen für eine schwere Störung des Hörvermögens <input type="checkbox"/> falls ja, welche:
14	Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit (z.B. Schlafstörungen) <input type="checkbox"/> keine Anzeichen für Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit <input type="checkbox"/> falls ja, welche:

An das
Landratsamt Lindau (Bodensee)
Fahrerlaubnisbehörde
Stiftsplatz 4
88131 Lindau (Bodensee)

Behördliche Vermerke/Eingang:

Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Fernziel-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)

Auf Grund der Angaben des/der Untersuchten	
Familiename, Vorname	
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	
<input type="checkbox"/> keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden können,	
<input type="checkbox"/> eine weitergehende Untersuchung wegen (Angabe der entsprechenden Befunde):	
Name und Anschrift des Arztes	Datum und Unterschrift