

Landratsamt Rottal–Inn

**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(n) |   |
| Geburtsdatum, Geburtsort |   |
| Straße, Hausnummer |   |
| PLZ, Wohnort |   |

**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 pro 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 [x]  keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen

[ ]  Zuckerkrankheit falls bekannt mit/ohne Insulinbehandlung

[ ]  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: …………………………………..…………….………….…………………

…………………………………………………………………………….….……………………

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter [www.rottal-Inn.de/datenschutz](http://www.rottal-Inn.de/datenschutz).



Landratsamt Rottal–Inn

**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)*

**Auf Grund der Angaben des Untersuchten**

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname, Vorname(n) |   |
| Geburtsdatum, Geburtsort |   |
| Straße, Hausnummer |   |
| PLZ, Wohnort |   |

**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**

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname, Vorname(n) |   |
| Straße, Hausnummer |   |
| PLZ, Wohnort |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |  | 🗶 |
| Ort, Datum |  | Stempel und Unterschrift des oben stehenden Arztes |

Hinweise zum Datenschutz finden Sie unter [www.rottal-Inn.de/datenschutz](http://www.rottal-Inn.de/datenschutz).