



## Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

(Anlage 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung)

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

### 1. Personalien des Bewerbers

Familienname, Vorname(n) \_\_\_\_\_

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 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 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Landratsamt Bamberg

Staatliches Landratsamt  
Führerscheinstelle



## Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung

(Anlage 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung)

von Bewerbern um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klasse 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(n) \_\_\_\_\_  
Tag der Geburt \_\_\_\_\_  
Ort der Geburt \_\_\_\_\_  
PLZ, 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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_