

## 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 die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung nach § 11 Absatz 9 und § 48 Absatz 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

### Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

Tag der Geburt \_\_\_\_\_

Ort der Geburt \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

und der von mir in dem 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:

-----  
-----  
-----  
-----

- siehe anliegende erweiterte Befundmitteilung -----

Dr. med. Marie Mustermann \_\_\_\_\_  
Fachärztin für XXX / Arbeitsmedizin  
Verkehrsmedizin  
(eigene Qualifikation )

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

Tag der Geburt \_\_\_\_\_

	Nr.ff. Anl.4 FeV.	Hinweis auf / Befund wie bei	Ergänzende Bemerkung nach eigener verkehrsmedizinischer Fachkompetenz, Aussagekraft vorliegender ärztlicher Unterlagen und ggfs. konsiliarischer Erörterung:
<input type="checkbox"/>	2.	Hochgradige Schwerhörigkeit, (...), ein- oder beidseitig sowie Gehörlosigkeit, ein- oder beidseitig	<input type="checkbox"/> ohne andere schwerwiegende Mängel <input type="checkbox"/> mit fachärztlicher Eignungsuntersuchung <input type="checkbox"/> mit regelmäßigen Kontrollen <input type="checkbox"/> mit Versorgung und Tragen einer adäquaten Hörhilfe nach dem aktuellen Stand der medizinisch-technisch und audiologisch-technischen Kenntnisse
<input type="checkbox"/>	3.	Bewegungsbehinderungen	<input type="checkbox"/> Beschränkungen auf bestimmte Fahrzeugarten (werden separat benannt) <input type="checkbox"/> mit besonderen technischen Vorrichtungen gemäß ärztlichem Gutachten (liegt vor) <input type="checkbox"/> regelmäßige ärztliche Kontrolluntersuchungen
<input type="checkbox"/>	4.1	Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/> ohne anfallsweise Bewusstseinstäubung oder Bewusstlosigkeit (vgl. 4.1.1) <input type="checkbox"/> nach erfolgreicher Behandlung <input type="checkbox"/> mit kardiologischer Untersuchung (liegt vor) <input type="checkbox"/> mit Kontrollen gemäß Begutachtungs-Leitlinien (4.1.2)
<input type="checkbox"/>	4.2	Hypertonie (zu hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/> ohne zerebrale Symptomatik und/oder Sehstörungen (vgl. 4.2.1) <input type="checkbox"/> mit RR <180 mmHg systolisch / <110 mmHg diastolisch <input type="checkbox"/> mit fachärztlicher Untersuchung <input type="checkbox"/> mit regelm. ärztl. Kontrollen (vgl. 4.2.2)
<input type="checkbox"/>	4.4	Akutes Koronarsyndrom (Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> mit EF > 35% (4.4.1) <input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Wochen <input type="checkbox"/> mit kardiologischer Untersuchung (liegt vor)
<input type="checkbox"/>	4.5	Herzleistungsschwäche (...)	NYHA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> mit EF > 35% <input type="checkbox"/> mit fachärztlicher Untersuchung (liegt vor) (4.5.1 und 4.5.2) <input type="checkbox"/> mit jährlichen kardiologischen Kontrollen
<input type="checkbox"/>	4.6	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	<input type="checkbox"/> nach Intervention nach einer Woche <input type="checkbox"/> nach Operation nach vier Wochen <input type="checkbox"/> mit fachärztl. Untersuchung (liegt vor) (4.6.2 und 3)
<input type="checkbox"/>	4.6	Aortenaneurysma	<input type="checkbox"/> asymptomatisch und Aortendurchmesser bis 5,5 cm (4.6.4) <input type="checkbox"/> nach erfolgreicher Operation/Intervention 3 Monate nach dem Eingriff mit fachärztl. Untersuchung <input type="checkbox"/> mit Kontrollen des Aneurysmadurchmessers (4.6.5)
<input type="checkbox"/>	5.	Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> ohne Neigung zu schweren Stoffwechsellage (vgl. 5.1) <input type="checkbox"/> bei erstmaliger Entgleisung oder neuer Einstell. nach Einstell. (5.2) <input type="checkbox"/> bei ausgeglichener Stoffwechsellage unter Therapie mit oralen Antidiabetika mit niedrigem Hypoglykämierisiko bei guter Stoffwechsel-führung ohne Unterzuckerung über 3 Monate (5.3) <input type="checkbox"/> bei medikamentöser Therapie mit hohem Hypoglykämierisiko (z.B. Insulin) bei guter Stoffwechselführung ohne schwere Unterzuckerung über 3 Monate und ungestörter Hypoglykämiewahrnehmung (5.4) <input type="checkbox"/> mit Fachärztlicher Begutachtung alle 3 Jahre (liegt vor) <input type="checkbox"/> mit regelmäßigen ärztlichen Kontrollen
<input type="checkbox"/>	6.1	Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Rückenmarks	
<input type="checkbox"/>	6.2	Erkrankung neuromuskulären Peripherie	
<input type="checkbox"/>	6.3	Parkinsonsche Krankheit:	
<input type="checkbox"/>	6.4	Kreislaufabhängige Störung des Hirnes	
<input type="checkbox"/>	6.5	Zustände nach Hirnverletzungen und Hirnoperationen, angeborene und frühkindlich erworbene Hirnschäden	
<input type="checkbox"/>	6.6	Epilepsie	

<input type="checkbox"/>	7.1	Organische Psychosen	
<input type="checkbox"/>	7.2	Chronische hirnorganische Psychosyndrome	
<input type="checkbox"/>	7.3	schwere Altersdemenz und schwere Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse	
<input type="checkbox"/>	7.4	Intelligenzminderung	
<input type="checkbox"/>	7.5	Affektive Psychosen	<input type="checkbox"/> keine Manie und nur leichte bis mittelschwere Depressionen (vgl. 7.5.1)
<input type="checkbox"/>	7.6	Schizophrenie	
<input type="checkbox"/>	8.1 8.2	Alkohol / Missbrauch (...)	<input type="checkbox"/> nach Beendigung <input type="checkbox"/> Änderung des Trinkverhaltens ist gefestigt (vgl. 8.2)
<input type="checkbox"/>	8.3 8.4	Alkohol / Abhängigkeit	<input type="checkbox"/> nach Entwöhnungsbehandlung <input type="checkbox"/> Abhängigkeit besteht nicht mehr <input type="checkbox"/> Abstinenz nachgewiesen für in der Regel ein Jahr (vgl. 8.4)
<input type="checkbox"/>	9.1	Einnahme von Betäubungsmitteln im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (ausgenommen Cannabis),	
<input type="checkbox"/>	9.2	Einnahme von Cannabis	
<input type="checkbox"/>	9.3	Abhängigkeit von Betäubungsmitteln im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes oder von anderen psychoaktiv wirkenden Substanzen:	
<input type="checkbox"/>	9.4	Missbräuchliche Einnahme (...) von psychoaktiv wirkenden Arzneimitteln und anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen	
<input type="checkbox"/>	9.5	Betäubungsmittel, andere psychoaktiv wirkende Stoffe und Arzneimittel / Nach Entgiftung und Entwöhnung	<input type="checkbox"/> einjährige Abstinenz <input type="checkbox"/> mit regelmäßigen Kontrollen
<input type="checkbox"/>	9.6	Dauerbehandlung mit Arzneimitteln mit Vergiftung oder mit Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zum Führen von Kraftfahrzeugen unter das erforderliche Maß	
<input type="checkbox"/>	10	Fortgeschrittene Nierenerkrankungen	<input type="checkbox"/> erfolgreiche Transplantation mit normaler Funktion <input type="checkbox"/> mit ärztliche Betreuung und Kontrolle, <input type="checkbox"/> mit jährlicher Nachuntersuchung (10.3)
<input type="checkbox"/>	11.1	Organtransplantation	
<input type="checkbox"/>	11.2	Tagesschläfrigkeit	<input type="checkbox"/> nach Behandlung und ohne Vorliegen einer messbaren auffälligen Tagesmüdigkeit (vgl. 11.2.2) <input type="checkbox"/> OSAS <input type="checkbox"/> mittelschwer <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> unter geeigneter Therapie und keine messbare auffällige Tagesschläfrigkeit <input type="checkbox"/> ärztl. Begutachtung (liegt vor) <input type="checkbox"/> mit regelmäßigen ärztlichen Kontrollen in einem Abstand von höchstens 1 Jahren (vgl. 11.2.3)
<input type="checkbox"/>	11.3	Schwere Lungen- und Bronchialerkrankungen mit schweren Rückwirkungen auf die Herz-Kreislauf-Dynamik, nämlich:	
<input type="checkbox"/>	11.4	Störung des Gleichgewichtssinnes	
<input type="checkbox"/>	ohne	Sonstiges	

Dr. med. Marie Mustermann  
 Fachärztin für XXX / Arbeitsmedizin  
 Verkehrsmedizin  
 (eigene Qualifikation)

\_\_\_\_\_  
 Datum und Unterschrift