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 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung.

**Teil II** (dem Bewerber auszuhändigen)

**Aufgrund der Angaben des Untersuchten**

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname, Vorname |       |
| Tag der Geburt |       |
| Ort der Geburt |       |
| 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

|  |  |
| --- | --- |
|       |  |
|       |  |
|       |  |
|      ,       |