

Quelle: <https://www.arbeitssicherheit.de//document/265566b5-77ec-3415-89b7-96a92e6cec2d>

Bibliografie

Titel	Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr (Fahrerlaubnis-Verordnung - FeV)
Amtliche Abkürzung	FeV
Normtyp	Rechtsverordnung
Normgeber	Bund
Gliederungs-Nr.	9231-1-19

Anlage 5 FeV - Eignungsuntersuchungen für Bewerber und Inhaber der Klassen C, C1, D, D1 und der zugehörigen Anhängerklassen E sowie der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

(zu [§ 11 Absatz 9](#), [§ 48 Absatz 4](#) und [5](#))

1. Bewerber um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E sowie der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung müssen sich untersuchen lassen, ob Anzeichen für Erkrankungen vorliegen, die die Eignung oder die bedingte Eignung ausschließen können. Sie haben hierüber einen Nachweis gemäß dem Muster dieser Anlage vorzulegen.
2. Bewerber um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen D, D1, DE, D1E sowie einer Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung müssen außerdem besondere Anforderungen hinsichtlich:
 - a) Belastbarkeit,
 - b) Orientierungsleistung,
 - c) Konzentrationsleistung,
 - d) Aufmerksamkeitsleistung,
 - e) Reaktionsfähigkeit

erfüllen.

Die Eignung der zur Untersuchung dieser Merkmale eingesetzten psychologischen Testverfahren muss von einer unabhängigen Stelle für die Bestätigung der Eignung der eingesetzten psychologischen Testverfahren und -geräten nach [§ 71a](#) bestätigt worden sein; die eingesetzten psychologischen Testverfahren sind im Gutachten zu benennen. Der Nachweis über die Erfüllung der Anforderungen nach Satz 1 ist unter Beachtung der Grundsätze nach [Anlage 4a](#) durch Beibringung eines betriebs- oder arbeitsmedizinischen Gutachtens nach [§ 11 Absatz 2 Satz 3 Nummer 3](#) oder eines Gutachtens einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung zu führen

- von Bewerbern um die Erteilung einer Fahrerlaubnis der Klassen D, D1, DE, D1E und der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung,
- von Bewerbern um die Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen D, D1, DE und D1E ab Vollendung des 50. Lebensjahres,
- von Bewerbern um die Verlängerung einer Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung ab Vollendung des 60. Lebensjahres.

3. Die Nachweise nach Nummer 1 und 2 dürfen bei Antragstellung nicht älter als ein Jahr sein.

Muster

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 _____

Tag der Geburt _____

Ort der Geburt _____

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 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 in der Minute

1.	Personalien des Bewerbers
-----------	----------------------------------

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

kein 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

1.	Personalien des Bewerbers
----	----------------------------------

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: _____

Muster

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)

Aufgrund der Angaben des Untersuchten

	Familienname, 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