



**ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN**

**Zusammensetzung der  
Kreisstellenvorstände  
der Ärztekammer Nordrhein  
(Wahlperiode 1997-2001)**

Gemäß § 21 Abs. 9 und § 22 Abs. 3 der Wahlordnung für die Wahl zu den Kreisstellenvorständen der Ärztekammer Nordrhein vom 29.05.1996 gebe ich nachstehend folgende Ersatzfeststellung bekannt, die nach dem Ausscheiden eines Mitgliedes eingetreten ist:

**Kreisstelle Stadtkreis Aachen**

Für Dr. Brigitte Hoff - Wahlvorschlag (Liste) Nr. 1 „Marburger Bund Stadtkreis Aachen“ ist als nächster Bewerber

Peter Ploum  
Vaalser Str. 533  
52074 Aachen

in den Vorstand der Kreisstelle Stadtkreis Aachen der Ärztekammer Nordrhein nachgerückt.

**Kreisstelle Wesel**

Für Dr. Peter Tönnies – Wahlvorschlag (Liste) Nr. 1 „Marburger Bund Kreis Wesel“ ist als nächste Bewerberin

Dr. med. Kirsten Holtappels  
Bösinghovener Str. 112  
40669 Meerbusch

in den Vorstand der Kreisstelle Wesel der Ärztekammer Nordrhein nachgerückt.

*Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe  
(Präsident)*

**Zusammensetzung der  
Kammerversammlung  
der Ärztekammer Nordrhein  
- Wahlperiode 1997/2001 -**

Herr Dr. Frank Jochum (Düsseldorf) – Wahlvorschlag (Liste) 22 „Junge Ärzte“ Regierungsbezirk Düsseldorf – hat den Kammerbereich Nordrhein verlassen und ist somit nicht mehr Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein.

Gemäß § 17 Heilberufsgesetz NW in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. April 1994 gebe ich folgende Ersatzfeststellung bekannt:

Als Mitglied in die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein ist nachgerückt

PD Dr. med. Walter Däubener  
An der Eiche 2  
41468 Neuss

*Dr. med. Uwe Kreuder  
Hauptwahlleiter*

**Fahrerlaubnisverordnung (FeV):  
Ärztliche Bescheinigung für LKW-  
Fahrer ab 50 Jahren erforderlich**

Im Rahmen der Anpassung nationaler Rechtsprechung an EG-Recht werden nun für LKW-Fahrer mit Vollendung des 50. Lebensjahres ärztliche Untersuchungen erforderlich. Nach FeV ist für diese eine ärztliche Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 5 sowie eine ärztliche Bescheinigung über das Sehvermögen nach dem Muster der Anlage 6 erforderlich. Untersuchungen nach Anlage 5 FeV können von jedem Arzt durchgeführt werden, Untersuchungen nach Anlage 6 können von Augenärzten sowie von Arbeits- oder Betriebsmedizinern, sofern diese ausstattungsmäßig dazu in der Lage sind, durchgeführt werden.

Bei der Untersuchung nach Anlage 5 handelt es sich um eine Screening-Untersuchung. Da mit einer Vielzahl von Anträgen und auch einer Vielzahl von ärztlichen Bescheinigungen zu rechnen ist, sind auf der folgenden Seite das Dokumentationsmuster nach Anlage 5 der FeV für den Arzt (Teil I) sowie das Muster für die ärztliche Bescheinigung (Teil II) abgebildet. Dieses Formular kann auch im Internet (<http://www.aekno.de>) abgerufen werden.

**A M T L I C H E**  
**B E K A N N T M A C H U N G E N**

**Muster Teil I (verbleibt beim Arzt)**  
**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung**

Von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferientziel-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

**1. Personalien des Bewerbers**

Familiennamen, Vorname \_\_\_\_\_

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

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

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

**2. Hinweis für den untersuchenden Arzt:**

Die Bescheinigung nach Teil II soll der Verwaltungsbehörde vor Erteilung der Fahrerlaubnis Kenntnisse darüber verschaffen, ob bei dem Bewerber Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens vorliegen, die Bedenken gegen seine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen begründen und gegebenenfalls Anlaß für eine weitergehende Untersuchung vor Erteilung der Fahrerlaubnis geben.

Hierfür reicht in der Regel eine orientierende Untersuchung (sogenanntes „screening“) der im folgenden genannten Bereiche aus; in Zweifelsfällen ist die Konsultation anderer Ärzte nicht ausgeschlossen.

**3. Vorgeschichte**

w keine die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht

w falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**4. Daten**

Größe (cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

RR mmHg \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Puls (Schläge/min) \_\_\_\_\_

Urin E \_\_\_\_ Z \_\_\_\_ Sed \_\_\_\_\_

Flüstersprache R \_\_\_\_\_ mL \_\_\_\_\_ m

**5. Allgemeiner Gesundheitszustand**

w gut

w falls nicht ausreichend, nähere Erläuterung:  
\_\_\_\_\_

**6. Körperbehinderungen**

w keine die Fahrfähigkeit einschränkende Behinderung

w falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**7. Herz/Kreislauf**

w keine Anzeichen für Herz-/Kreislaufstörungen

w falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**8. Blut**

w keine Anzeichen einer schweren Bluterkrankung

w falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**9. Erkrankungen der Niere**

w keine Anzeichen einer schweren Insuffizienz

w falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**10. Endokrine Störungen**

w keine Anzeichen einer Zuckerkrankheit

w Zuckerkrankheit – falls bekannt: mit/ohne Insulinbehandlung

w keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen

w falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**11. Nervensystem**

w keine Anzeichen für Störungen

w falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**12. Psychische Erkrankungen/Sucht (Alkohol, Drogen, Arzneimittel)**

w keine Anzeichen einer Geistes- oder Suchterkrankung

w falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**13. Gehör**

w keine Anzeichen für eine schwere Störung des Hörvermögens

w falls ja, welche: \_\_\_\_\_

**Muster Teil II (dem Bewerber auszuhändigen)**  
**Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung**

von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferientziel-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

**Aufgrund der Angaben des Untersuchten**

Familiennamen, Vorname \_\_\_\_\_

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

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

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

und der von mir in dem nach Teil I vorgesehenen Umfang erhobenen Befunde empfehle ich vor Erteilung der Fahrerlaubnis

w keine weitergehende Untersuchung, da keine Beeinträchtigung des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens festgestellt werden konnten,

w eine weitergehende Untersuchung wegen (Angaben der entsprechenden Befunde):

Name und Anschrift des Arztes

Datum und Unterschrift