

Sehr geehrte (r) Führerscheinwerber (in) !

Sie werden ersucht, den nachstehenden Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen. Sie werden darauf aufmerksam gemacht, dass unwahre Angaben rechtliche Folgen nach sich ziehen können.

--	--	--

Name

Vorname

Geburtsdatum

ja **nein**

Ich leide/litt an

- Schwindelanfällen
- Bewusstseinsstörungen
- epileptischen Anfällen

Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung

Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit

Ich habe/hatte Probleme mit

- Alkohol
- Drogen
- Medikamentenmissbrauch

Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung

Ich hatte Spitalsaufenthalte
(außer Blinddarmop., Mandelop., Leistenbruchop., Geburt)

Ich bin zuckerkrank

Ich habe/hatte Bluthochdruck

Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzkrankheit

Ich habe/hatte eine Augenkrankheit/Sehstörung/Schielbehandlung
als Kind

Ich trage Kontaktlinsen/Brille

Ich bin nachtblind

Ich trage eine Arm-/Beinprothese

Ich nehme regelmäßig Medikamente

wegen: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Ärztliche Untersuchung nach § 8 Führerscheingesetz (FSG)

über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen für

Gruppe 1		Gruppe 2	Wiederholungsuntersuchung
Nichtzutreffendes ist zu streichen			
der Antragstellerin/des Antragstellers			
Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort		Ausweis (Art und Nr.)
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)			Ausbildung bei Fahrschule

Befund			
Größe	cm	Gewicht	kg
Wirbelsäule	beweglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Abschnitt →
Atmung	a) <input type="checkbox"/> ja	b.1) Atemnot in Ruhe <input type="checkbox"/> ja	b.2) bei Anstrengung <input type="checkbox"/> ja
	Atmung normal	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein
Herz/Kreislauf	Blutdruck /	mg Hg	Puls /min. <input type="checkbox"/> rhythm. <input type="checkbox"/> arhythm.
Gliedmaßen	Faustschluss seitengleich	Beweglichkeit der Arme	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beweglichkeit der Beine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nervensystem	auffällig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tremor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	psychisch auffällig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Visus	Gruppe 1 Visus naturalis beidäugig		Visus mit Korrektur: <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
	Gruppe 2 Visus nat. R L		Visus mit Korrektur: <input type="checkbox"/> Brille R L <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen R L
	Brillenstärke R: sph R: cyl L: sph L: cyl		
Gehör	Konversationssprache wird gehört <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Gang	<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> →		
Sprache	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> →		
Klinischer Gesamteindruck	<input type="checkbox"/> normal		
	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten:		

Zuweisung zum Amtsarzt	
<input type="checkbox"/> ja	Zuweisungsgrund →
<input type="checkbox"/> nein	
Möglicherweise erforderliche fachärztliche Stellungnahmen	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Neurologie/Psychiatrie <input type="checkbox"/> Sonstige →

Gutachten	
Die/Der Untersuchte ist gemäß § 8 FSG zum Lenken eines Kraftfahrzeuges der angeführte(n) Klasse(n) geeignet.	
Auflage(n)	<input type="checkbox"/> Tragen von Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> In der Höhe angepasster Lenkersitz (43.01) <input type="checkbox"/> Tragen einer Brille

Bemerkungen/Begründung/Ergänzende Anamnese:

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift