

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		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja
	Atmung normal		b.1) Atemnot in Ruhe		b.2) bei Anstrengung
	b) <input type="checkbox"/> nein		<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		Beweglichkeit der Beine
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<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