

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  ja     nein
- Bewusstseinsstörungen  ja     nein
- epileptischen Anfällen  ja     nein

Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung  ja     nein

Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit  ja     nein

Ich habe/hatte Probleme mit

- Alkohol  ja     nein
- Drogen  ja     nein
- Medikamentenmissbrauch  ja     nein

Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung  ja     nein

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

Ich bin zuckerkrank  ja     nein

Ich habe/hatte Bluthochdruck  ja     nein

Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzkrankheit  ja     nein

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

Ich trage Kontaktlinsen/Brille  ja     nein

Ich bin nachtblind  ja     nein

Ich trage eine Arm-/Beinprothese  ja     nein

Ich nehme regelmäßig Medikamente  ja     nein

wegen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Ärztliche Untersuchung nach § 8 Führerscheingesetz (FSG)

über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen für		
<b>Gruppe 1</b>	<b>Gruppe 2</b>	<b>Wiederholungsuntersuchung</b>
<b>Nichtzutreffendes ist zu streichen</b>		
der Antragstellerin/des Antragstellers		
Name		Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Ausweis (Art und Nr.)
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		Ausbildung bei Fahrschule

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

Zuweisung zum Amtsarzt	
<input type="checkbox"/> ja	Zuweisungsgrund →
<input type="checkbox"/> nein	
<b>Möglicherweise erforderliche fachärztliche Stellungnahmen</b>	<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.	
<b>Auflage(n)</b>	<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 \_\_\_\_\_