

## Sehr geehrte(r) Führerscheinwerber(in) !

Sie werden ersucht, den nachstehenden Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen. Sie werden darauf aufmerksam gemacht, dass unwahre Angaben nicht nur strafrechtliche Folgen nach sich ziehen, sondern auch zur Entziehung der Lenkberechtigung (des Führerscheines) führen.

Molimo Vas da na ni e navedena pitanja istinito odgovorite. Mi Vas upozoravamo da neta ni podaci povla e sa sobom ne samo krivi ni postupak, ve isto tako dolazi do oduzimanja voza ke dozvole.

Saym Müracaat Sahibi, A agidaki sorulara gerçeğe uygun cevap vermeniz rica olunur. Hakikate uymayan cevaplar neticesinde hakkınızda kanuni işlem yapılacağına ve ehliyet alma hakkını kaybedeceğinize bilhassa dikkatinizi çekeric.



Familiennname/Prezime/Soyadi  
Tarihi

Vorname/Ime/Adi

Geburtsdatum/Datum rodjena/Dogum Tarihi

ja/da/var      nein/ne/yok



- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ich leide an Schwindelanfällen / Bolujem od vrtoglavice / Bas dönmesi ve göz kararması   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Anfälle mit Bewusstlosigkeit / Bolujem od nesvestice / Baygınlık nöbetleri  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe ein Nervenleiden / Ja sam nervno bolestan / Herhangi bir sinir hastalığı  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin zuckerkrank / Imam seæærnu bolest / Seker hastalığı  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich leide an Trunksucht oder einer anderen Sucht / Ja sam alkoholi ar i uzimam droge / Alkolizm veya uyusturucu madde düskünlüğü | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich habe Gesichtsfeldausfälle / Imam oste eno vidno polje / Görüs zaviyesi düsüsü  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin nachtblind / Ne vidim no u / Gece görülüğü   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich trage Haftschalen / Nosilac sam so iva / Göz mercegi tasiyorum   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich nehme regelmäßig Medikamente ein / Redovno uzimam lekove / Devamli ilac alıyorum   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich erkläre, die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Mir ist bewusst, dass unwahre Angaben strafrechtliche Folgen nach sich ziehen und zur Entziehung der Lenkberechtigung führen.

Izjavljujem da sam na gore navedena pitanja ta no odgovorio. Svestan sam da neta ni podaci sa sobom povla e krivi ni postupak i oduzimanje prava na voza ku dozvolu.

Yukarıdaki soruları gerçeğe uygun olarak cevaplandırığımı beyan ederim. Hakikate uygun olmayan cevaplarım için hakkımda kanuni işlem yapılacağı ve ehliyet alma hakkımı kaybedeceğimi biliyorum.



Datum ..... Name/ Potpis / Imza .....

# Ärztliche Untersuchung nach § 8 Führerscheinggesetz (FSG)

über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen  der Gruppe 1  der Gruppe 2

der Antragstellerin/des Antragstellers

Zutreffendes ist anzukreuzen ☒!

Name und Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort	Ausweis (Art und Nr.)
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		

## Befund

Größe	cm	Gewicht	kg
-------	----	---------	----

Wirbelsäule	beweglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Abschnitt ▶		
Atmung	<input type="checkbox"/> Eupnoe <input type="checkbox"/> Dyspnoe in Ruhe <input type="checkbox"/> bei Anstrengung <input type="checkbox"/> keine		
Herz Kreislauf	Blutdruck / mm Hg		Puls /min <input type="checkbox"/> rhythm. <input type="checkbox"/> arhythm.
Gliedmaßen	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
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	L / R	Korrektur L / R	Brillenstärke L / R
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			

## Gutachten

\*) Nichtzutreffendes ist zu streichen!

Die/der Untersuchte ist gemäß § 8 FSG zum Lenken eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 1\*) / der Gruppe 2\*) **geeignet**.

Bedingung	<input type="checkbox"/> Tragen einer Brille	<input type="checkbox"/> Tragen von Kontaktlinsen
Auflagen	<input type="checkbox"/> Tragen einer Brille	<input type="checkbox"/> Tragen von Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> der Körpergröße angepasster Lenkersitz/Sitzpolster

## Zuweisung zum Amtsarzt

ja

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 ▶
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--	-------------------------------------

Ort und Datum
---------------

Stempel und Unterschrift
--------------------------