

# Ärztliche Untersuchung nach § 8 Führerscheingesez (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	<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
<b>Herz/Kreislauf</b>	Blutdruck / mg Hg	Puls /min.	<input type="checkbox"/> rhythm. <input type="checkbox"/> arhythm.
<b>Gliedmaßen</b>	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
<b>Nervensystem</b>	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
<b>Visus</b>	Gruppe 1 Visus naturalis beidäugig	Visus mit Korrektur:	<input type="checkbox"/> Brille
	Gruppe 2	Visus mit Korrektur:	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
	Visus nat. R L		<input type="checkbox"/> Brille R L
	Brillenstärke R: sph R: cyl L: sph L: cyl		<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen R L
<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

<b>Bemerkungen/Begründung/Ergänzende Anamnese:</b>

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

## 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- Bewusstseinsstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- epileptischen Anfällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe/hatte Probleme mit	- Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- Drogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	- Medikamentenmissbrauch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Spitalaufenthalte (außer Blinddarmoperation, Mandeloperation, Leistenbruchoperation, Geburt)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin zuckerkrank		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe/hatte Bluthochdruck		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzkrankheit		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe/hatte eine Augenkrankheit/Sehstörung/Schielbehandlung als Kind		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich trage Kontaktlinsen/Brille		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin nachtblind		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich trage eine Arm-/Beinprothese		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nehme regelmäßig Medikamente wegen:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum

Unterschrift