

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 mit Korrektur: <input type="checkbox"/> Brille R L <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen R L	
	Visus nat. 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 <input type="checkbox"/> nein	Zuweisungsgrund →
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

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

Datum: _____

Unterschrift: _____