

Ärztliche Untersuchung nach § 8 Führerscheinggesetz (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 | Atmung normal a) <input type="checkbox"/> ja b) <input type="checkbox"/> nein | b. 1) Atemnot in Ruhe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | b. 2) bei Anstrengung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herz, Kreislauf | Blutdruck / mg 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 | Gruppe 1 Visus naturalis beidäugig | Visus mit Korrektur: <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen | |
| | Gruppe 2 Visus nat. R L Brillenstärke R: sph L: cyl | Visus mit Korrektur: <input type="checkbox"/> Brille R L <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen R L 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) Gruppe(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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

wegen: _____

| | |
|-------|--------------|
| Datum | Unterschrift |
| | |