

# Ärztliche Untersuchung nach § 8 Führerscheingesetz (FSG) - BGBl. II 22 .August 2011 – Nr. 280

über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen für

Gruppe 1		Gruppe 2	Wiederholungsuntersuchung
			Zutreffendes ankreuzen
der Antragstellerin / des Antragsteller			
Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort		Ausweis (Art und Nr.)
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)			Ausbildung bei Fahrschule

Befund			
Größe	cm		Gewicht kg
Wirbelsäule	beweglich ja nein		Abschnitt ►
Atmung	Atmung normal a ) ja nein b )		b.1) Atemnot in Ruhe ja nein b.2) bei Anstrengung ja nein
Herz/Kreislauf	Blutdruck / mm Hg Puls /min		rhythm. arhythm.
Gliedmaßen	Faustschluss seitengleich ja nein		Beweglichkeit der Arme ja nein Beweglichkeit der Beine ja nein
Nervensystem	auffällig ja nein		Tremor ja nein psychisch auffällig ja nein
Visus	Gruppe1 Visus naturalis beidäugig		Visus mit Korrektur: Brille Kontaktlinsen
	Gruppe 2 Visus nat. R L		Visus mit Korrektur Brille R L Kontaktlinsen R L
	Brillenstärke R:sph R: cyl R: Achse: L: sph L: cyl L: Achse		
Gehör	Konversationssprache wird gehört ja nein		
Gang	sicher ►		
Sprache	klar ►		
Klinischer Gesamteindruck	normal		
	Auffälligkeiten:		

Zuweisung zum Amtsarzt			
ja	Zuweisungsgrund ►		
nein			
Möglicherweise erforderliche fachärztliche Stellungnahmen	Augen Neurologie/Psychiatrie	Innere Medizin Sonstige ►	Orthopädie

Gutachten	
Die/Der Untersuchte ist gemäß § 8 FSG zum Lenken eines Kraftfahrzeuges der angeführte(n) Klasse(n) geeignet.	
Auflage(n)	Tragen von Kontaktlinsen In der Höhe angepasster Lenkersitz (43.01) 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 - Bewusstseinsstörungen - epileptischen Anfällen		
Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung		
Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit		
Ich habe/hatte Probleme mit - Alkohol - Drogen - Medikamentenmissbrauch		
Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung		
Ich hatte Spitalaufenthalte (außer Blinddarmoperation, Mandeloperation, Leistenbruchoperation, Geburt)		
Ich bin zuckerkrank		
Ich habe/hatte Bluthochdruck		
Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzkrankheit		
Ich habe/hatte eine Augenkrankheit/Sehstörung/Schielbehandlung als Kind		
Ich trage Kontaktlinsen/Brille		
Ich bin nachtblind		
Ich trage eine Arm-/Beinprothese		
Ich nehme regelmäßig Medikamente wegen:		

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift