

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 b) nein	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	Beweglichkeit der Beine			
Nervensystem	auffällig	ja	nein	Tremor	ja	nein	psychisch auffällig	ja	nein
Visus	Gruppe 1 Visus naturalis beidäugig			Visus mit Korrektur:	Brille Kontaktlinsen				
	Gruppe 2 Visus nat. R L			Visus mit Korrektur	Brille 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 Gesamt-eindruck	normal								
	Auffälligkeiten:								

Zuweisung zum Amtsarzt

ja	Zuweisungsgrund ►
nein	
Möglichwerweise 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 Tragen einer Brille	In der Höhe angepasster Lenkersitz (43.01)
-------------------	---	--

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