

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 ja nein
- Bewusstseinsstörungen ja nein
- epileptischen Anfällen ja nein

Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung ja nein

Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit ja nein

Ich habe/hatte Probleme mit

- Alkohol ja nein
- Drogen ja nein
- Medikamentenmissbrauch ja nein

Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung ja nein

Ich hatte Spitalsaufenthalte
(außer Blinddarmop., Mandelop., Leistenbruchop., Geburt) ja nein

Ich bin zuckerkrank ja nein

Ich habe/hatte Bluthochdruck ja nein

Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzkrankheit ja nein

Ich habe/hatte eine Augenkrankheit/Sehstörung/Schielbehandlung
als Kind ja nein

Ich trage Kontaktlinsen/Brille ja nein

Ich bin nachtblind ja nein

Ich trage eine Arm-/Beinprothese ja nein

Ich nehme regelmäßig Medikamente ja nein

wegen: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

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	b.1) Atemnot in Ruhe <input type="checkbox"/> ja	b.2) bei Anstrengung <input type="checkbox"/> ja
	Atmung normal <input type="checkbox"/> ja <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 <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		Visus mit Korrektur: <input type="checkbox"/> Brille R L <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen 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	Zuweisungsgrund →
<input type="checkbox"/> nein	
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 _____

Amtsärztliche Untersuchung nach § 8 Abs. 2 Führerscheinggesetz (FSG)

Fachärztliche Stellungnahme von	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Orthopädie	<input type="checkbox"/> Neurologie/ Psychiatrie
	<input type="checkbox"/> Sonstiges ▶ _____			

Verkehrs- psychologische Untersuchung	<input type="checkbox"/> kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/> Bereitschaft zur Verkehrsanpassung
	wegen _____ _____ _____ _____	

Noch beizubringende Befunde	_____
Ergebnis der Befunde	_____ _____ _____ _____ _____

Beobachtungs- fahrt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit technischem Sachverständigen
Ergebnis der Beobachtungs- fahrt	<input type="checkbox"/> Anfahren	_____	
	<input type="checkbox"/> Bremsen	_____	
	<input type="checkbox"/> Lenken	_____	
	<input type="checkbox"/>	_____	
	<input type="checkbox"/>	_____	
	<input type="checkbox"/>	_____	

Gutachten nach § 8 Führerscheingesetz (FSG)

Die/der Untersuchte

Zutreffendes ist anzukreuzen ☒

Name und Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort	Ausweis (Art und Nr.)
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		

ist gemäß § 8 FSG zum Lenken eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 1 der Gruppe 2 **geeignet** **nicht geeignet** **befristet geeignet**

auf (Zeitraum)

<input type="checkbox"/>	Nachuntersuchung durch den Amtsarzt in		
	Monaten	Jahren	
<input type="checkbox"/>	Kontrolluntersuchung auf	durch/auf	
		Monate	Jahre

 unter folgender **Bedingung** geeignet

<input type="checkbox"/>	Verwendung von	
<input type="checkbox"/>	Kontrolluntersuchung auf	durch/auf
		Monate Jahre

 unter folgender **Beschränkung** geeignet

<input type="checkbox"/>	örtliche/zeitliche/sachliche Beschränkung
<input type="checkbox"/>	Beschränkung der Eignung laut technischem Sachverständigen: Diese Mängel können ausgeglichen werden bei dem (den) Fahrzeug(en)
	Fahrgestell Nr. Kennzeichen

Begründung

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift
