

# 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

<b>Größe</b>	cm	<b>Gewicht</b>	kg
<b>Wirbelsäule</b>	beweglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Abschnitt →
<b>Atmung</b>	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
<b>Herz, Kreislauf</b>	Blutdruck	/ mg Hg	Puls /min. <input type="checkbox"/> rhythm. <input type="checkbox"/> arhythm.
<b>Gliedmaßen</b>	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
<b>Nervensystem</b>	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
<b>Visus</b>	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: sph L: cyl
<b>Gehör</b>	Konversationssprache wird gehört <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Gang</b>	<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> →		
<b>Sprache</b>	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> →		
<b>Klinischer Gesamteindruck</b>	<input type="checkbox"/> normal		
	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten:		

## Zuweisung zum Amtsarzt

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zuweisungsgrund →
<b>Möglicherweise erforderliche fachärztliche Stellungnahmen</b>	<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.

<b>Auflage(n)</b>	<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