

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

über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen für		
Gruppe 1	Gruppe 2	Wiederholungsuntersuchung
der Antragstellerin/des Antragstellers		nichtzutreffendes streichen
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			
Atmung	Atmung normal a) ☐ ja b) ☐ nein	b.1) Atemnot in Ruhe a) ☐ ja b) ☐ nein	b.2) bei Anstrengung a) ☐ ja b) ☐ nein	
Herz/Kreislauf	Blutdruck / mmHg	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	Gruppe 1 Visus nat.: bds.: R: L:	Visus mit Korrektur: ☐ Brille bds.: R: L: ☐ Kontaktlinsen bds.: R: L:		
	Gruppe 2 Visus nat.: bds.: R: L:	Visus mit Korrektur: ☐ Brille bds.: R: L: ☐ Kontaktlinsen bds.: 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 ☐ nein	Zuweisungsgrund ►		
Möglicherweise erforderliche fachärztliche Stellungnahme	☐ Augen	☐ Innere Medizin	☐ Orthopädie
	☐ Neurologie/Psychiatrie	☐ Sonstige ►	

Gutachten

Die/Der Untersuchte ist gemäß § 8 FSG zum Lenken eines Kraftfahrzeuges der angeführte(n) Gruppe(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) Führerschweinwerber(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 Einschlafstörungen	☐	☐
Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit	☐	☐
Ich habe/hatte Probleme mit - Alkohol - Drogen - Medikamentenmissbrauch	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐
Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung	☐	☐
Ich hatte Spitalsaufenthalte (ausgenommen: 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 Wenn ja, weshalb? ►	☐	☐

Datum _____

Unterschrift _____