

FÜHRERSCHEINUNTERSUCHUNG

1. Identitätsnachweis
2. Erstuntersuchung? oder
Wiederholungsuntersuchung?
3. Welcher Führerschein?

Gruppe 1 (AM,A1,A2, A,B,BE,F)	35,00€
Gruppe 2 (C, C1,C1E, CE,D,DE)	50,00€
Gruppe 2 Verlängerung	30,00€
Gruppe 1+2	50,00€
4. Tragen oder haben sie eine Brille UND/ODER
Kontaktlinsen
5. -> Brillenpass,Brille und Kontaktlinsen
(Aufbewahrungsbehälter und Flüssigkeit)
mitnehmen
6. Waren sie in den letzten 6 Monaten im
Krankenhaus oder Facharzt? Befunde?
7. alle Medikamente, die sie einnehmen bitte
mitbringen
8. Entsprechenden Geldbetrag in bar mitnehmen
9. Ist eine Zuweisung zum Amtsarzt erforderlich
(wird durch das Arzt-Gutachten erhoben) werden
50% der zuvor bezahlten Summe an den Probanden
rückerstattet!

Mit meiner Unterschrift erkenne ich den Ablauf des
Attests an

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 Antragsteller		
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	Atmung normal	a) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	b.1) Atemnot in Ruhe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz/Kreislauf	Blutdruck / mm 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

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 Spitalaufenthalte (außer Blinddarmoperation, Mandeloperation, Leistenbruchoperation, 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 wegen:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift