Reisemedizin
RBMZ ülpich
Betriebsmedizin

Anamnesebogen
Führerscheinuntersuchung

Bitte ausgefüllt zur Untersuchung mitbringen

Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!
Dies gilt auch für Ihre Angaben in diesem Fragebogen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an uns!

IHRE PERSONALIEN

Name	Geb.Name (ggfs.)	Vorname
geb am.	Geburtsort	Nationalität
Straße, Hausnr.	PLZ	Ort
Telefonnummer	Handynummer	

FÜR WELCHEN ANLASS STELLEN SIE SICH IN DER PRAXIS VOR?

Führerscheinuntersuchung nach Fahrerlaubnisverordnung (FEV)

☐ Ersterteilung ☐ Verlängerung

☐ LKW (C, C1, CE, C1E) ☐ BUS (D, D1, DE, D1E) ☐ Personenbeförderungsschein (P-Schein)

IHRE GESUNDHEITSVORGESCHICHTE

A. Vegetative Anamnese

Größe: cm Gewicht: kg

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja ☐ Nicht mehr seit

Wenn ja: Zigaretten/Tag seit Jahren

Konsumieren Sie Drogen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: welche und wie häufig?

Haben Sie Schlafstörungen? ☐ nein ☐ ja

Treiben Sie regelm. Sport? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: wie häufig?

Tragen Sie eine Sehhilfe? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja: Brille/Kontaktlinsen für ☐ Ferne ☐ Nähe ☐ Gleitsicht ☐ Bildschirm

WENN VORHANDEN, BITTE BRILLENPASS MITBRINGEN

B. Eigene Erkrankungen

Schwere Unfälle

☐ nein ☐ ja

wann	Gesundheitliche Folgen

Operationen

☐ nein ☐ ja

wann	welche

			welche
Bekannte Berufskrankheit	☐ nein	☐ ja	
Schwerbehinderung	☐ nein	☐ ja	
Kriegs-/Wehrdienstbesch.	☐ nein	☐ ja	
			GdB

C. Eigene Vorerkrankungen

			(seit) wann	welche
der Augen	☐ nein	☐ ja		
der Ohren	☐ nein	☐ ja		
der Lunge	☐ nein	☐ ja		
Herz/Kreislauf/Blutdruck	☐ nein	☐ ja		
Leber-/Gallenerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Stoffwechsel (z.B. Zucker)	☐ nein	☐ ja		
Sonstiges	☐ nein	☐ ja		
Niere-/Blasenerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Nervenerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Psychische Erkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Anfallsleiden (z.B. Epilepsie)	☐ nein	☐ ja		
Bluterkrankungen	☐ nein	☐ ja		
der Haut	☐ nein	☐ ja		
Bewegungsapparat	☐ nein	☐ ja		
schwere Infektionskrankheit	☐ nein	☐ ja		
Autoimmunerkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Abhängigkeitserkrankungen	☐ nein	☐ ja		
Heilverfahren/Reha/Kuren	☐ nein	☐ ja		

Ergänzungen

Besteht eine ständige ärztliche Behandlung?

☐ nein ☐ ja

Warum und bei welchem Arzt?

Bei Frauen

Besteht eine Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja _____Woche

Stillen Sie? ☐ nein ☐ ja

D. Regelmäßige Medikation

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? ☐ nein ☐ ja, folgende

Präparat (Name, Dosierung)	Mo	Mi	Ab	z.N.

E. Aktuelle Beschwerden

Bestehen aktuell Beschwerden?

☐ nein ☐ ja

welche

Ich versichere die gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Mir ist bewusst, dass nicht wahrheitsgemäße Angaben oder fehlende Angaben einen Verstoß gegen §11 FEV darstellen und rechtliche Konsequenzen haben können.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten/Sorgeberechtigten