

## Vertraulich!

Verkehrstechnische Untersuchung nach FeV  
 (alle Klassen, Personenbeförderung)

Vorname, Name:		Geburtsname:	
Geburtsdatum:		in	
Anschrift:			
Führerscheinklasse:			
Gewicht:	kg	Größe:	cm
Datum:			

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Um Beurteilen zu können, ob Gesundheitsstörungen bestehen, welche die Fahrtauglichkeit beeinflussen, bitten wir Sie, uns die folgenden Fragen zu beantworten:

- Ich möchte die Unterlagen zugesendet bekommen
- Ich hole die Unterlagen selbst ab

### Leiden oder litten Sie an folgenden Krankheitszeichen oder Erkrankungen: Zutreffendes bitte ankreuzen:

	nein	ja
1. Seh- und Farbsehstörungen? Grauer oder Grüner Star, Glaukom, Bindehautentzündung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nasenerkrankungen: chronischer Schnupfen, plötzliches Niesen, Nasenlaufen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Geruchs-, Geschmacksstörungen? Metallischer Mundgeschmack? Zahnfleischerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hörstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Schilddrüsenerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Langandauernder oder häufiger Husten, Hustenreiz, Auswurf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Lungen-, Rippenfellentzündung, Steinstaublunge, Asbestlunge, Tuberkulose, Sarkoidose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Kurzluftigkeit, Asthma, Atemnot, blutiger oder eitriger Auswurf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Zu hoher oder zu niedriger Blutdruck? Durchblutungsstörungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Engegefühl oder Schmerzen in der Herzgegend? Herzstolpern? Unregelmäßiger Herzschlag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Herzinfarkt? Schlaganfall?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Magenschleimhautentzündung, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen? Oberbauchbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Durchfall, Verstopfung, Völlegefühl, Blut im Stuhl?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Lebererkrankung, Gelbsucht? Gallenkolik, Gallensteinleiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Nierenerkrankung, Nierenkolik, Blut im Urin, Blasenkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



		nein	ja
17. Leistenbruch? Nabelbruch?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Diabetes (Zuckerkrankheit)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Gicht, Rheuma? Mb.Bechterew? Wirbelsäulen- und Gelenkleiden?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Hauterkrankungen: Ekzem, Hautgeschwüre, Warzen, Hautkrebs, Hautpilz?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Akne, Überfettung der Haut, zu trockene Haut, starke Schweißneigung?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Allergische Erkrankungen (auf z.B. Tierhaare, Medikamente, Nahrungsmittel, Pollen), Heuschnupfen, Hautjucken und Ekzeme, Augenbindehautentzündung? Allergisches Asthma?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Geschwülste, Tumore, Krebsleiden?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Treiben Sie regelmäßig Sport? Welche Sportarten?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Bluterkrankung? Blutungsneigung, häufige blaue Flecken?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Gehirn- oder Nervenerkrankung, Nervenlähmung, Multiple Sklerose, Geisteskrankheit?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Missempfindungen, Kribbeln, Taubheitsgefühl in den Gliedmaßen?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Schwindelgefühl, Gleichgewichtsstörungen? Verwirrtheit?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Bewusstlosigkeit, Ohnmacht, Epilepsie, Krampfanfälle, Anfallsleiden?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Nervosität, Verstimmungen, Niedergeschlagenheit? Vegetative Labilität?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Ständiges Durstgefühl?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Suchtkrankheiten oder Suchtneigungen (Alkohol, Medikamente, Drogen)?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Schlafstörungen?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Sind Sie Raucher (Wieviel Zigaretten, Zigarren, Tabak täglich)?	Stk. <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Neigen Sie zu chronischen Entzündungen oder Eiterungen?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Haben oder hatten Sie andere Erkrankungen, nach denen nicht gefragt wurde?		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich habe alle Fragen des Arztes wahrheitsgetreu beantwortet und nichts verschwiegen, was zur Beurteilung des Gesundheitszustandes von Bedeutung ist.

**HINWEIS:** Bitte bringen Sie zur Untersuchung Ihren Personalausweis sowie, falls vorhanden, Ihren Brillenpaß mit. Verfügen Sie über medizinische Befunde zu bestimmten Krankheiten/Erkrankungen, bringen Sie diese bitte auch zum Termin mit.

Datum:

Unterschrift: