

Laboraufkleber

Vertraulich!

Verkehrstechnische Untersuchung nach FeV (alle Klassen, Personenbeförderung)

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

	ja	nein
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"/>



	ja	nein
16. Nierenerkrankung, Nierenkolik, Blut im Urin, Blasenerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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"/>
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 Impf- und Brillenpaß mit. Verfügen Sie über medizinische Befunde zu bestimmten Krankheiten/Erkrankungen, bringen Sie diese bitte auch zum Termin mit.

Datum:

Unterschrift: