

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 Antragstellers		
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	a) <input type="checkbox"/> ja	b.1) Atemnot in Ruhe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	b) <input type="checkbox"/> nein	b.2) bei Anstrengung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herz/Kreislauf	Blutdruck /	mg Hg	Puls /min. <input type="checkbox"/> rhythm. <input type="checkbox"/> arhythm.
Gliedmaßen	Faustschluss seitengleich	Beweglichkeit der Arme	Beweglichkeit der Beine
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<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 L: cyl	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 <input type="checkbox"/> nein	Zuweisungsgrund →		
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