

Medizinischer Fragebogen - BAV

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Arbeitgeber: Tätigkeit:

Letzte bahnärztliche Untersuchung: bei wem?

Wurden Sie jemals als untauglich zum Führen von Triebfahrzeugen bezeichnet? nein ja

Falls ja: wann? untersuchender Arzt: Grund:

Sind Sie militärdienstuntauglich erklärt worden? nein ja

Falls ja, weshalb?

Derzeitige gesundheitliche Situation

Bestehen bei Ihnen derzeit gesundheitliche Störungen? nein ja

Falls ja, welche?

Sind Sie derzeit in Behandlung bei einem Arzt, Psychotherapeuten, etc.? nein ja

Falls ja, weshalb?

Sind Sie Brillen- oder Kontaktlinsenträger? nein ja

Frauen: Sind Sie schwanger? nein ja

Machen Sie Sport? nein ja Was?

Rauchen Sie? nein ja Falls ja, seit wann? wie viel?
 nein-aufgehört Ggf. wie viele Jahre und wieviel geraucht?

Trinken Sie Alkohol? nein ja Falls ja, Art, Menge und Häufigkeit

Nehmen Sie Drogen? nein ja Falls ja, Art, Menge und Häufigkeit

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie zurzeit einnehmen (inkl. „Pille“):

Persönliche Vorgeschichte

Bitte geben Sie an, **ob** und ggf. **wann** Sie . . .

- . . . **gravierende Erkrankungen** (z.B. Schlaganfall, Krebsleiden u.a.),
- . . . **Operationen** (z.B. an Mandeln, Blinddarm, Leistenbruch, Bandscheiben, Augen u.a.), oder
- . . . **Unfälle** (auch „Bleischäden“ ohne gesundheitliche Auswirkungen)
bzw. Verletzungen (z.B. Knochenbrüche, Bänderrisse u.a.) hatten.

Systemische Vorgeschichte

Leiden oder littten Sie an folgenden Erkrankungen?

Falls ja, bitte Zutreffendes unterstreichen.

Epilepsie, Schwindelanfälle, Ohnmachtszustände, Gedächtnisstörungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne, Lähmungen, Gleichgewichtsstörungen, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzbeschwerden, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, niedriger oder hoher Blutdruck, Kollapszustände, Gefässerkrankungen, Venenleiden, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungen- oder Brustfellentzündung, Lungen-Tuberkulose, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Magen-Darm-Beschwerden (z.B. Entzündungen/Geschwüre, Morbus Crohn), Gallensteine, Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hämorrhoiden, Enddarmfisteln, etc	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, erhöhte Blutfette, Gicht, Schilddrüsenfunktionsstörungen, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Psychische Störungen, Höhenangst, Klaustrophobie, Depressionen, Suizidversuche, Suchtleiden, Entzugsbehandlungen wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schlafstörungen, Schnarchen, nächtliche Atempausen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ohrenleiden (z.B. Hörstörungen, Tinnitus, etc.), Augenleiden (z.B. grauer Star, Glaukom, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blutkrankheiten (z.B. Anämie, etc.), Gerinnungsstörungen, Lymphdrüenschwellungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wirbelsäulenprobleme (z.B. Bandscheibenerkrankungen, Hexenschuss, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Knochen-, Gelenks- (z.B. Arthrose, Rheuma, etc.) oder Muskelkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankungen (z.B. Zysten, Entzündungen, Steine, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergien (z.B. gegen Pollen, Tierhaare, Insekten, Nahrungsmittel, Medikamente, etc.) oder Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme, Psoriasis, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Infektiöse Darmerkrankungen (z.B. Salmonellen, Shigellen, Amöben, Lamblien), Harnwegs- oder Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bitte beantworten Sie abschliessend noch ein paar Fragen zum Thema „Schlafstörungen“:

1. Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht bzw. mehr als 3 x pro Woche) oder berichtet Ihr Partner darüber?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt
2. Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner darüber?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt
3. Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit? (Fallen Ihnen die Augen zu, schlafen Sie ungewollt ein?)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt
4. Hatten Sie schon einmal während der Arbeit einen Sekundenschlaf? Sind Sie am Steuer schon einmal eingeschlafen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbekannt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden - sich also nicht nur müde fühlen?

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

- 0 = würde **niemals** einnicken
- 1 = **geringe** Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 2 = **mittlere** Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 3 = **hohe** Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
	0	1	2	3
Im Sitzen lesend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie als Fahrer eines Pkw verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte nicht ausfüllen	Summe:			

Hiermit erkläre ich, dass ich obige Angaben sorgfältig ausgefüllt und weder wichtige Informationen verschwiegen, noch falsche Angaben gemacht habe.

Gleichzeitig ermächtige ich meine behandelnden Ärzte zur Auskunftserteilung und/oder Übermittlung medizinischer Unterlagen an die untersuchende Stelle.

Ort, Datum:

Unterschrift: