

Medizinischer Fragebogen – StVA/MFK

Name, Vorname: Geburtsdatum:
 Arbeitgeber: Tätigkeit:
 Familienstand: Kinder:
 Sport, Hobbies:
 Fahrausweiskategorien: Pkw, Motorrad seit:
 Lkw seit:
 Bus seit:

Jährliche Kilometer-Leistung:

Belastungen der Fahrpraxis (Unfälle, Verkehrsbussen, Fahrausweistzüge, etc.):

Zeitpunkt	Art des Ereignisses

Letzte Führerscheinuntersuchung: bei wem?

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

Falls ja: wann? untersuchender Arzt: Grund:

Sind Sie militärdienst-untauglich 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 Falls ja - Korrektur für: Ferne Nähe

Frauen: Sind Sie schwanger? nein ja

Rauchen Sie? nein ja Falls ja: Seit wann? wie viel?
 nein-aufgehört Ggf.: Wann haben sie aufgehört, wie viele Jahre und wieviel
 haben Sie 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 bzw. Verletzungen** (z.B. Knochenbrüche, Bänderrisse u.a.) hatten.

.....

.....

.....

bitte wenden

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 (obstruktives Schlafapnoesyndrom), erhöhte Tagesschläferigkeit, etc.	<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, Lymphdrüsenanschwellungen	<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

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:

Bitte nachfolgende Felder nicht ausfüllen!

Dokumentation durch AMPA:

Datenerfassungsbogen (in Akte vorhanden ? ☞ ggf. ausfüllen lassen)
 Kopie Ausweis
 Kopie Brillenpass
 Fakt. (ins Medistar eingeben!)
 Biometrie Grösse cm Gewicht kg
 Urinstatus (Combur 7) pH /
 Flüsterzahlen re oB auffällig
 li oB auffällig
 Rodatest