

Questionnaire médical – StVA (MFK)/ navigation intérieure

Nom, Prénom: Date de naissance :

Employeur: Fonction:

État civil: Enfants:

Sports, loisirs:

Permis: ☐ Voiture, moto depuis:
☐ Camion depuis:
☐ Car depuis:

Kilométrage annuel:

Impact des pratiques de conduite dans le secteur ferroviaire ou routier (accidents, retraits de permis, etc...):

Date	Type d'événement

Dernier examen médical pour le permis de conduire: chez qui?

Avez-vous été déclaré(e) inapte à la conduire d'un véhicule automobile ? ☐ non ☐ oui

si oui: quand? par quel médecin: raison:

Avez-vous été(e) déclaré inapte au service militaire? ☐ non ☐ oui

si oui, pour quelle raison?

Etat actuel de votre santé

est-ce que vous souffrez d'un problème de santé actuellement? ☐ non ☐ oui

si oui : de quoi?

est-ce que vous êtes suivi par un médecin, un psychothérapeute etc. en ce moment? ☐ non ☐ oui

le cas échéant: pour quelle raison (diagnostic)?

Femme : est-ce que vous êtes enceinte ? ☐ non ☐ oui

est-ce que vous êtes porteur de lunettes/verres de contact? ☐ non ☐ oui si oui - correction pour:
☐ loin ☐ près

est-ce que vous fumez? ☐ non ☐ oui si oui: depuis quand? combien?
☐ non-arrêté Si applicable: quand avez-vous arrêté, combien d'années et combien avez-vous fumé?

Consommez-vous de l'alcool ? ☐ non ☐ oui si oui : quoi, combien et fréquence?

" " de la drogue ? ☐ non ☐ oui si oui: quoi, combien et fréquence?

prière de bien vouloir mentionner TOUS les médicaments que vous prenez actuellement :
(y compris la „pilule“)

Taille et poids?cm kg

Antécédents médicaux

prière de bien vouloir mentionner, si et, si tel est le cas, quand vous aviez souffert de ...

... **maladies graves** (p.ex. tumeur, maladies cardio-vasculaires, mal. du métabolisme, mal. psychiatrique, etc),

... **interventions chirurgicales** (p.ex. amygdales, appendicite, hernie inguinale, hernie discale, yeux, etc.) ou

... **accidents, lésions** (p.ex. fractures, lésions ligamentaires, lésion oculaire, de l'ouïe, etc.).

.....tourner la page s-v-p

Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une des maladies suivantes ?

si tel est le cas, prière de la souligner.

Épilepsie, étourdissement, perte de connaissance, troubles de la mémoire, maux de tête chroniques, migraine, paralysie, pertes d'équilibre etc.	☐ non ☐ oui
Déficience cardiaque : infarctus du myocarde, angine de poitrine, troubles du rythme, tension artérielle trop élevée / trop basse, collapse, maladies des artères / des veines etc.	☐ non ☐ oui
asthme bronchique, bronchite chronique, pneumonie / pleurésie, tuberculose pulmonaire etc.	☐ non ☐ oui
troubles du transit (p.ex. inflammations/ulcères, mal. de Crohn), calculs biliaires, mal. du foie, pancréatite, fistules anales, hémorroïdes etc.	☐ non ☐ oui
maladies métaboliques (p.ex. diabète sucré, cholestérol élevé, goutte, troubles fonctionnels thyroïdiens etc.)	☐ non ☐ oui
troubles psychiques, vertige, claustrophobie, état dépressif, suicide manqué, dépendances, traitements de sevrage [alcool, substances illicites, médicaments]	☐ non ☐ oui
troubles du sommeil, ronflements, pauses respiratoires nocturnes	☐ non ☐ oui
problèmes d'ouïe (p.ex. perte subite d'audition, acouphènes, surdité etc.) problèmes oculaires (p.ex. glaucome, cataracte, décollement rétinien etc.)	☐ non ☐ oui
mal. du sang (p.ex. anémie, etc.), troubles de la crase, ganglions lymphatiques tuméfiés	☐ non ☐ oui
problèmes de la colonne vertébrale (p.ex. lombago, hernie discale, scoliose etc.)	☐ non ☐ oui
mal. osseuse, articulaire (p.ex. arthrose, rhumatismes etc.) ou mal. musculaire	☐ non ☐ oui
mal. des reins (p.ex. kystes, infections, inflammations, calculs, malformations etc.)	☐ non ☐ oui
allergies (p.ex. pollen, animaux domestiques, piqûres d'insecte, alimentaires, médicament etc.) ou mal. de la peau (p.ex. eczéma, psoriasis, tumeur etc.)	☐ non ☐ oui

Par ma signature je confirme avoir rempli ce formulaire consciencieusement et que je n'ai ni omis des informations importantes ni donné des informations fausses.

Aussi - par ma signature je donne mon accord à mon médecin de famille et/ou traitant de transmettre à l'azb des informations importantes dans le cadre de mon suivi médical.

lieu et date:

signature:

Cadre réservé au personnel médical

Dokumentation durch AMPA:

Datenerfassungsbogen ☐ (in Akte vorhanden ? ☞ ggf. ausfüllen lassen)

Kopie Ausweis ☐

Kopie Brillenpass ☐

Fakt. ☐ (ins Medistar eingeben!)

Urinstatus (Combur 7) pH /

Flüsterzahlen re ☐ oB ☐ auffällig

li ☐ oB ☐ auffällig

Rodatest ☐