

# Ärztliche Untersuchung nach § 8 Führerscheingesetz (FSG)

|                                                                     |                 |                                  |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|
| über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen für |                 |                                  |
| <b>Gruppe 1</b>                                                     | <b>Gruppe 2</b> | <b>Wiederholungsuntersuchung</b> |
| <b>Nichtzutreffendes ist zu streichen</b>                           |                 |                                  |
| der Antragstellerin/des Antragstellers                              |                 |                                  |
| Name                                                                |                 | Vorname                          |
| Geburtsdatum                                                        | Geburtsort      | Ausweis (Art und Nr.)            |
| Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)                              |                 | Ausbildung bei Fahrschule        |

| Befund                           |                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                   |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Größe</b>                     | cm                                                                                         | <b>Gewicht</b>                                                                                      | kg                                                                                |
| <b>Wirbelsäule</b>               | beweglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                        |                                                                                                     | Abschnitt →                                                                       |
| <b>Atmung</b>                    | a) <input type="checkbox"/> ja                                                             | b.1) Atemnot in Ruhe <input type="checkbox"/> ja                                                    | b.2) bei Anstrengung <input type="checkbox"/> ja                                  |
|                                  | Atmung normal <input type="checkbox"/> ja<br>b) <input type="checkbox"/> nein              | <input type="checkbox"/> nein                                                                       | <input type="checkbox"/> nein                                                     |
| <b>Herz/Kreislauf</b>            | Blutdruck / mg Hg                                                                          | Puls /min.                                                                                          | <input type="checkbox"/> rhythm. <input type="checkbox"/> arhythm.                |
| <b>Gliedmaßen</b>                | Faustschluss seitengleich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein        | Beweglichkeit der Arme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                    | Beweglichkeit der Beine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Nervensystem</b>              | 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     |
| <b>Visus</b>                     | 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 R: cyl L: sph L: cyl                                                  |                                                                                                     |                                                                                   |
| <b>Gehör</b>                     | Konversationssprache wird gehört <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                                                                                                     |                                                                                   |
| <b>Gang</b>                      | <input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> →                                 |                                                                                                     |                                                                                   |
| <b>Sprache</b>                   | <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> →                                   |                                                                                                     |                                                                                   |
| <b>Klinischer Gesamteindruck</b> | <input type="checkbox"/> normal<br><input type="checkbox"/> Auffälligkeiten:               |                                                                                                     |                                                                                   |

| Zuweisung zum Amtsarzt                                           |                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja                                      | Zuweisungsgrund →                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> nein                                    |                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Möglicherweise erforderliche fachärztliche Stellungnahmen</b> | <input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Orthopädie<br><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. |                                                                                                                                                                       |
| <b>Auflage(n)</b>                                                                                            | <input type="checkbox"/> Tragen von Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> In der Höhe angepasster Lenkersitz (43.01)<br><input type="checkbox"/> Tragen einer Brille |

**Bemerkungen/Begründung/Ergänzende Anamnese:**

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_