



Name:

Vorname:

geboren:

Frage	Ja	Nein	Antwort
Suchen Sie regelmäßig einen Arzt auf			
Wegen welcher Beschwerden?			
Hausarzt Dr.			
Weiter behandelnde Ärzte?			
Einverständnis, dass falls erforderlich, die behandelnden Ärzte von uns unterrichtet werden und/oder Auskunft geben dürfen			Unterschrift:
Waren oder sind Sie in Beruf oder Freizeit giftigen Stoffen ausgesetzt?			Welche:



Frage	Ja	Nein	Antwort
Wurden wegen der Fahreignung schon einmal medizinische Bedenken geäußert und/oder Bedingungen auferlegt?			Wenn ja, welche:
Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor?			Welche (wie viel %):
Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente?			Welche:
Bestehen derzeit Beschwerden? Haben Sie Fieber oder sonstiger Erkrankungen?			Welche:
Liegt derzeit Arbeitsunfähigkeit vor?			
Haben oder hatten Sie eine Sehschwäche, andere Augenerkrankungen?			Welche:
Sind Sie schwerhörig? (auch nur auf einem Ohr)			
Haben Sie ein Loch im Trommelfell, oder ein Innenohrleiden?			Näheres:
Leiden Sie unter Bewusstseins- oder Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Krampf- oder Anfallsleiden jeglicher Art?			Näheres:



Frage	Ja	Nein	Antwort
Leiden Sie unter Hirndurchblutungsstörungen, Schädel oder Hirnverletzungen?			Näheres:
Leiden Sie unter Krankheiten des Nervensystems, Lähmungen, Epilepsie, Missempfindungen der Haut?			Näheres:
Leiden Sie unter Gemüts- oder Geisteskrankheiten, Depressionen?			Näheres:
Rauchen Sie?			Wenn ja, wie viel pro Tag:
Leiden Sie an Herz- oder Kreislauferkrankungen, Kollapsneigung, unregelmäßigem Herzschlag, Herzinfarkt, Herzrasen?			Näheres:
Leiden Sie unter Bluthochdruck, Gefäßerkrankungen, Durchblutungsstörungen der Extremitäten?			Näheres:
Sind Sie vermindert leistungsfähig? (z.B. bei geringer körperlicher Belastung usw.)			Näheres:
Leiden Sie unter Lungenerkrankungen, chronischer Bronchitis oder Asthma?			Näheres:



Frage	Ja	Nein	Antwort
Neigen Sie zu Gallen- oder Nierensteinen oder haben Sie andere Nierenerkrankungen?			Näheres:
Haben Sie eine Stoffwechselkrankheit, insbesondere Zuckerkrankheit oder erhöhte Blutfett- oder Leberwerte?			Näheres:
Leiden Sie unter einer Störung des Hormonsystems (z.B. Schilddrüsen-, Epithelkörperchen-, oder Nebennierenerkrankungen?)			Näheres:
Leiden Sie an Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der Wirbelsäule, des Brustkorbes oder an Bewegungsbeeinträchtigungen der Gliedmaßen?			Näheres:
Haben Sie andere Organerkrankungen?			Näheres:
Wurden Sie bereits operiert? Wann und welche Operation.			
Bisher nicht aufgeführte Erkrankungen bzw. Beschwerden			