

Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Neubrandenburg

An der Marienkirche 2, 17033 Neubrandenburg, Tel. 0395-44220106, www.funeubrandenburg.com

Probanden-Daten:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

Angaben des Probanden	A.	Medizinische Vorgeschichte – Zutreffendes bitte ankreuzen!			
		<input type="checkbox"/> 01. Augenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> 11. Psychische Störungen?	<input type="checkbox"/> 21. Platzangst?	
		<input type="checkbox"/> 02. Brille/Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/> 12. Alkoholprobleme?	<input type="checkbox"/> 22. Hörstörungen?	
		<input type="checkbox"/> 03. Allergie/Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> 13. Drogenprobleme?	<input type="checkbox"/> 23. Ohrenerkrankungen?	
	<input type="checkbox"/> 04. Asthma/Lungenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> 14. Medikamentenmissbrauch?	<input type="checkbox"/> 24. Farbenblindheit?		
	<input type="checkbox"/> 05. Herz-/Gefäßkrankungen?	<input type="checkbox"/> 15. Behandlungsbedürftige Reisekrankheit?	<input type="checkbox"/> 25. Sonstige med. Probleme?		
	<input type="checkbox"/> 06. Hoher/niedriger Blutdruck?	<input type="checkbox"/> 16. Blutarmut/Anämie?	<input type="checkbox"/> 26. Neurologische Erkrankungen/Epilepsie?		
	<input type="checkbox"/> 07. Nieren-/Blasenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> 17. Verweigerung bei Lebensversicherung?	<input type="checkbox"/> 27. Raucher?		
	<input type="checkbox"/> 08. Zucker/Diabetes?	<input type="checkbox"/> 18. Nichteignung Militärdienst?	<input type="checkbox"/> 28. Schwindel/Ohnmachtsanfälle?		
	<input type="checkbox"/> 09. Schädel-Hirntrauma?	<input type="checkbox"/> 19. Verkehrsunfälle?	<input type="checkbox"/> 29. Führerscheinentzug?		
	<input type="checkbox"/> 10. Häufige o. starke Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> 20. Operationen?	<input type="checkbox"/> 30. Infektionskrankheiten?		
	B.	Ernsthafte Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte (Datum und Art der Erkrankung):			
		Medikamente:			
	C.	Brillenwerte/Führerscheinentzug/Verkehrsunfall/Auflagen der Führerscheinstelle etc...			
	D.	Körpergröße:	Gewicht:	Augenfarbe:	Haarfarbe:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis für die Durchführung einer verkehrsmedizinischen Tauglichkeitsuntersuchung einschließlich der Kontrolle von Laborparametern auf verkehrsmedizinisch relevante Rauschmittel. Weiterhin bestätige ich hiermit die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.	
Ort, Datum:	Unterschrift:

Verkehrsmedizinische Untersuchungsstelle Neubrandenburg

An der Marienkirche 2, 17033 Neubrandenburg, Tel. 0395-44220106, www.funbrandenburg.com

Name: Pat. ID:	Urin (Combur 9) <input type="checkbox"/> o.B.
Blutdruck/Puls:	Sehtest <input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> s.u.

1 Allgemeiner Gesundheitszustand

- gut
 falls nicht ausreichend, nähere Erläuterung: _____.

2 Körperbehinderungen

- keine die Fähigkeit einschränkende Behinderung
 falls ja, welche: _____.

3 Herz/Kreislauf

- keine Anzeichen für Herz-/Kreislaufstörungen
 falls ja, welche: _____.

4 Blut

- keine Anzeichen einer schweren Bluterkrankung
 falls ja, welche: _____.

5 Erkrankungen der Niere

- keine Anzeichen einer schweren Insuffizienz
 falls ja, welche: _____.

6 endokrine Störungen

- keine Anzeichen einer Zuckerkrankheit
 Zuckerkrankheit falls bekannt: mit / ohne Insulinbehandlung
 keine Anzeichen für sonstige endokrine Störungen
 falls ja, welche: _____.

7 Nervensystem

- keine Anzeichen für Störungen
 falls ja, welche: _____.

8 psychische Erkrankungen/Sucht (Alkohol, Drogen, Arzneimittel)

- keine Anzeichen einer Geistes- oder Suchterkrankung
 falls ja, welche: _____.

9 Gehör

- keine Anzeichen für eine schwere Störung des Hörvermögens
 falls ja, welche: _____.

