

Allgemeine Untersuchung

(vom Arzt auszufüllen)



Name:	Vorname:
Geboren in:	Geboren am:
Größe:	Gewicht:
Blutgruppe:	Rhesusfaktor:
Blutdruck: /	Blutzucker
Puls pro min. <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig	
Beweglichkeit: <input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> deutliche Einschränkung	
Sehvermögen: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> beeinträchtigt	
Gehör: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> beeinträchtigt <input type="checkbox"/> Hörhilfe	
Neurologische Auffälligkeiten:	
Herz-Kreislaufkrankung:	
Erkrankung der Atmungsorgane:	
Ruhe EKG: <input type="checkbox"/> Unauffällig <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten mit notwendiger ärztl. Weiteruntersuchung	
regelmässige Medikamenteneinnahme:	
Abhängigkeiten: <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> andere Drogen	
Eignung des Fahrers: <input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> nicht gegeben	
Name des untersuchenden Arztes:	

Ich erkläre verbindlich die Richtigkeit vorstehender Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes