

Sehr geehrter Fahrzeuglenker, sehr geehrte Fahrzeuglenkerin

Sie haben sich für eine verkehrsmedizinische Untersuchung angemeldet, bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vorab.

Name Vorname:

Geburtsdatum:

Hausarzt:

Waren Sie in den letzten 5 Jahren in einem Spital in Behandlung?
Wenn ja, welche Spitäler und warum? Ja Nein

Sind Sie oder waren Sie bei Spezialärzten in Behandlung?
Wenn ja, bei welchen? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?
Welche? Ja Nein

Nehmen Sie gelegentlich Schlafmittel, Beruhigungsmittel,
Antidepressiva oder Schmerzmedikamente ein? Ja Nein

Leiden Sie an Anfällen irgendeiner Art wie z.B. Epilepsie, Krämpfe,
Schwindel oder Ohnmacht? Ja Nein

Leiden Sie an aussergewöhnlicher Müdigkeit oder unter Schläfrigkeit
tagsüber? Ja Nein

Leiden Sie an einer Augenkrankheit oder an Sehstörungen wie
z.B. Doppelbilder, Blendempfindlichkeit, Gesichtsfeldausfälle? Ja Nein

Trinken Sie Alkohol?
Wenn ja, wieviel und was? Ja Nein

Konsumieren Sie andere Drogen? Ja Nein

Haben Sie Auflagen im Führerausweis wie z.B. Tragen einer Sehhilfe,
regelmässige Kontrollen bei einem Spezialarzt, etc.? Ja Nein

Datum:

Unterschrift: