

Arbeitsmedizin Ammersee

FEV/Fahr-, Steuer-, Überwachungstätigkeit/Sprengstoffschein/ -Selbstauskunft

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen:

Bekannte Vorerkrankungen/Unfälle/Operationen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> welche?

Bekannte Körperbehinderungen, die die Fahrtüchtigkeit einschränken können?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Bekannte Herz-Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
O Herzinfarkt O Herzrhythmusstörungen O Schlaganfall			
O spürbare Blutdruckschwankungen			

Bekannte Anzeichen einer schweren Bluterkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Bekannte Niereninsuffizienz?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Bekannte Anzeichen einer Zuckerkrankheit?			
• Falls Zuckerkrankheit bekannt, wie behandelt?			
	<input type="checkbox"/> mit Diät	<input type="checkbox"/> Tabletten	<input type="checkbox"/> Insulin
• Hypoglykämien in der Vorgeschichte?			
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Andere Störungen des Hormonsystems?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Bekannte Erkrankungen/Einschränkungen des Nervensystems?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Epilepsie oder andere Krampfanfälle in der Vorgeschichte?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Gleichgewichtsstörungen oder Schwindelattacken?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Vorbekannte schwere Einschränkung des Hörvermögens?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Vorbekannte psychische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> ab und zu <input type="checkbox"/> täglich
Nehmen Sie Drogen?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> ab und zu <input type="checkbox"/> täglich

Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie bei folgenden Tätigkeiten einnicken:			
• Im Sitzen lesend			
	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
• Beim Fernsehen			
	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
• Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. Theater, Vortrag...)			
	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
• Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause			
	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
• Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben um auszuruhen			
	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
• Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten			
	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
• Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen			
	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
• Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen			
	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____