

Ärztlicher Untersuchungsbefund, Gruppe 1 und 2 Anhang 2a VZV

Exemplar für die Ärztin / den Arzt

Name / Vorname: Geburtsdatum:

PLZ / Wohnort: Adresse:

A. Anamnese

Verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen und Unfallfolgen, Arzneimittelkonsum, Suchtmittelkonsum, Bewusstseinsstörungen, Schwindel, Synkopen, Anfallsleiden, psychische Erkrankungen, Diabetes, andere Stoffwechselstörungen, Hirnleistungsstörungen, Krankheiten mit vermehrter Tagesschläfrigkeit

B. Untersuchungsbefunde

Allgemeinzustand/Gesamteindruck:

.....

Sehvermögen:

Fernvisus rechts: unkorrigiert: korrigiert:

Fernvisus links: unkorrigiert: korrigiert:

Einäugigkeit, Doppelbilder, Lichtreaktion, Motilität, Gesichtsfeld:

.....

Hörvermögen (betrifft Führer/innen der medizinischen Gruppe (Stufe) 2 inkl. Schiffsführer/innen):

Konversationsprache: Meter (rechts/links); Flüstersprache: Meter (rechts/links);

Krankheiten des Innen- oder Mittelohres:

.....

Haut: Einstichstellen, auffälliges Nasenseptum, Leber-Stigmata, andere Auffälligkeiten

.....

Psyche: Stimmung, Affekt, Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, kognitive Defizite, Anhaltspunkte für beginnende Demenz, andere Auffälligkeiten

.....

Nervensystem: Motorik (Koordination, Romberg, Reflexe), Sensibilität (Vibrations- und Lagesinn), Strichgang, vegetative Zeichen/Tremor

.....

Herz-Kreislauf: Puls, Blutdruck, evtl. zweiter Blutdruckwert, periphere Pulse, Auskultation/-Herzgrenzen, Venen, Insuffizienzzeichen

.....

Atmungsorgane: Thorax, obere Luftwege, Auskultation, Perkussion

.....

Abdominalorgane: Lebergrösse, andere Auffälligkeiten

.....

Bewegungsapparat: Defekte, Lähmungen, Unfallfolgen, Funktions- und Bewegungseinschränkungen

.....

Andere Auffälligkeiten:

.....

Zusatzuntersuchungen (bei begründeter Indikation): Laborbefunde (z.B. Alkoholmarker, Drogenscreening), EKG, Kurztests zur Ermittlung von Hirnleistungsdefiziten (z.B. Trail-Making-Test A und B/Mini-Mental-Status-Test, Uhrentest)

.....

Beurteilung, Diagnosen

.....

Untersuchungsdatum, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes:

.....