

Bitte bringen Sie diese Seite schon ausgefüllt zur Untersuchung mit.

Name:

Angestrebte Führerscheinklasse (n):

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung betreffen eines oder mehrerer der folgenden Organsysteme, oder hatten Sie diesbezüglich schon Operationen? Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an, Antwort JA präzisieren Sie bitte die Erkrankung/en oder die Operation/en am unteren Ende der Seite.

Erkrankungen oder Operationen betreffend:	JA	NEIN
Herz (KHK, Infarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen, ...)		
Kreislauf (Bluthochdruck, niedriger Blutdruck, Ohnmachtsanfälle, ...)		
Durchblutung (Gehirn, Extremitäten, ...)		
Venensystem (Thrombosen, ...)		
Lunge (Asthma, ...)		
Zuckererkrankung (Diabetes mellitus)		
Schilddrüse		
Bauchspeicheldrüse, Nebenniere		
Niere, Harnblase, harnableitende Wege		
Genitalorgane		
Magen, Darm		
Leber, Gallenblase		
Nervensystem, Muskulatur		
Bewegungsapparat		
Psyche		
Haut		
HNO		
Augen		

Leiden Sie unter Allergien?		
Nehmen Sie zeitweilig Medikamente ein?		
Nehmen Sie ständig Medikamente ein?		

Zeitweilig oder ständig eingenommene Medikamente, Art der Allergie: