

**Dieser Fragebogen dient Ihrer Vorbereitung auf eine Fahrerlaubnis-Untersuchung. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut wie möglich. Wir werden den Fragebogen mit Ihnen besprechen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Betriebsmedizin Dr. Plagemann, Schweriner Str. 14c, 23970 Wismar, Tel.: 03841/6446400, praxis@dr-plagemann.de

Name:  Vorname:  Geburtsdatum:

Privatanschrift:

**Bitte bringen Sie zur Fahrerlaubnis-Untersuchung mit:**

- den ausgefüllten Fragebogen Fahrerlaubnis
- den ausgefüllten Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit
- Sehhilfe (falls vorhanden)
- Ihren Personalausweis

Haben Sie einen Grad der Behinderung zuerkannt bekommen? **Nein**

**Ja** Höhe:

Wegen folgender Erkrankung(en):

Haben Sie eine Minderung der Erwerbsfähigkeit zuerkannt bekommen? **Nein**

**Ja** Höhe:

Wegen folgender Erkrankung(en):

*Für Erkrankungen mit einem \* gilt: Bringen Sie, wenn möglich, Befunde von Ihrem behandelnden Arzt mit. Geht daraus hervor, dass die Erkrankung unter Kontrolle ist, kann eine Tauglichkeit direkt bescheinigt werden.*

**Haben oder hatten Sie selbst Erkrankungen:**

**Störungen des Gleichgewichtssinns** **Nein**

**Ja, folgende:**  
Schwindel   
Sonstige:

**Tagesschläfrigkeit\*** **Nein**

**Ja**

**Zuckerkrankheit/Diabetes mellitus\*** **Nein**

**Ja, folgenden Typ:**  
Typ 1   
Typ 2

**Bewegungsbehinderungen** **Nein**

**Ja, z. B. nach:**  
Kniegelenks-OP   
Hüft-OP   
Fußchirurgie   
Achillessehnenruptur   
Wirbelsäulen-OP   
Folgeschäden nach Verletzungen   
Sonstige:

**Ohren** **Nein**

**Ja, folgende:**  
Hochgradige Schwerhörigkeit\*   
Gehörlosigkeit\*   
Sonstige:

**Augen** **Nein**

**Ja, folgende:**  
Farbsinnstörung   
Störung der Augenbeweglichkeit   
Einäugigkeit   
Grauer Star (Katarakt)   
Grüner Star (Glaukom)   
Sonstige:

**Herz/Kreislauf** **Nein**

**Ja, folgende:**  
Herzrhythmusstörungen\*   
Herzleistungsschwäche bzw. Herzinsuffizienz\*   
Herzinfarkt\*   
Periphere arterielle Verschlusskrankheit\*   
Aortenaneurysma\*   
Angina pectoris   
Herzklappenerkrankungen   
Angeborene Herzerkrankungen   
Kardiomyopathie   
Bluthochdruck\*   
Sonstige:

**Lunge/Atemwege** **Nein**

**Ja, folgende:**  
Chronische Bronchitis   
COPD   
Asthma bronchiale   
Emphysem   
Bronchiektasen   
Pneumothorax   
Sonstige:

**Dieser Fragebogen dient Ihrer Vorbereitung auf eine Fahrerlaubnis-Untersuchung. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut wie möglich. Wir werden den Fragebogen mit Ihnen besprechen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Betriebsmedizin Dr. Plagemann, Schweriner Str. 14c, 23970 Wismar, Tel.: 03841/6446400, praxis@dr-plagemann.de

**Nerven/Psych**

**Ja, folgende:**

- Organische Psychosen
- Chronische organische Psychosyndrome
- Altersdemenz
- Schwere Persönlichkeitsveränderungen durch pathologische Alterungsprozesse
- Intelligenzminderung
- Affektive Psychosen\*
- Schizophrenie
- Parkinson
- Hirnblutung
- TIA, Schlaganfall
- Anfallsleiden/Epilepsie
- Angeborene oder frühkindlich erworbene Hirnschäden

Zustand nach:

- Hirnverletzung
- Hirnoperation
- Sonstige:

**Nieren/Harnwege**

**Ja, folgende:**

- Dialysebehandlung
- Niereninsuffizienz
- Sonstige:

**Stütz- und Bewegungsapparat**

**Ja, folgende:**

- Erkrankungen des Rückenmarks
- Folgen von Verletzungen des Rückenmarks
- Bandscheibenvorfall
- Muskelschwund
- Periodische Lähmungen
- Polyneuropathie
- Sonstige:

**Krankenhausaufenthalte/Operationen**

**Ja, folgende:**

- Bösartige Erkrankungen/Krebs
- Organtransplantation
- Sonstige:

**Welche Medikamente nehmen Sie?**

**Folgende:**

**Nein**

**Nehmen Sie folgende Arzneimittel?**

Arzneimittel, die zu Vergiftungen oder zur Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit für das Führen von Kraftfahrzeugen führen können?

**Ja** **Nein**

Arzneimittel, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen?

**Ja** **Nein**

Cannabis

**Ja** **Nein**

**Konsumieren Sie aktuell folgende Substanzen?**

Cannabis

**Ja** **Nein**

Betäubungsmittel

**Ja** **Nein**

Psychoaktiv wirkende Substanzen

**Ja** **Nein**

**Trinken Sie Alkohol?**

**Ja** **Nein**

**Ja, gelegentlich**

**Besteht oder bestand jemals eine Abhängigkeit von Alkohol, Betäubungsmitteln, psychoaktiv wirkenden Stoffen oder Arzneimitteln?**

**Ja** **Nein**

**Haben Sie momentan gesundheitliche Beschwerden?**

**Ja, folgende:** **Nein**



Datum

Unterschrift

Name:

geb.:

Datum:

**Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit**

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit:

**Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden, - sich also nicht nur müde fühlen?**

Auch wenn Sie in der letzten Zeit einige dieser Situationen nicht erlebt haben, versuchen Sie sich trotzdem vorzustellen, wie sich diese Situationen auf Sie ausgewirkt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Skala, um für jede Situation eine möglichst genaue Einschätzung vorzunehmen und kreuzen Sie die entsprechende Zahl an:

0 = würde *niemals* einnicken

1 = *geringe* Wahrscheinlichkeit, einzunicken

2 = *mittlere* Wahrscheinlichkeit, einzunicken

3 = *hohe* Wahrscheinlichkeit, einzunicken

Situation	Wahrscheinlichkeit einzunicken			
	①	①	②	③
Im Sitzen lesend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. im Theater oder bei einem Vortrag)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie sich am Nachmittag hingelegt haben, um auszuruhen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie sitzen und sich mit jemandem unterhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Bitte nicht ausfüllen</i> Summe				

		Ja	Nein	Nicht bekannt
1.	Schnarchen Sie häufig (fast jede Nacht bzw. mehr als 3x pro Woche) oder berichtet Ihr Partner darüber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet Ihr Partner darüber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Leiden Sie am Tage unter Schläfrigkeit? (Fallen Ihnen die Augen zu, schlafen Sie ungewollt ein?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Hatten Sie schon einmal während der Arbeit Sekundenschlaf? Sind Sie am Steuer schon einmal eingeschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>