

Medizinischer Fragebogen – StVA (MFK)/ Binnenschifffahrt

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Arbeitgeber: Tätigkeit:

Familienstand: Kinder:

Sport, Hobbies:

Fahrausweiskategorien: Pkw, Motorrad seit:
 Lkw seit:
 Bus seit:

Jährliche Kilometer-Leistung:

Belastungen der Fahrpraxis (Unfälle, Verkehrsbussen, Fahrausweisentzüge, etc.):

Zeitpunkt	Art des Ereignisses

Letzte Führerscheinuntersuchung: bei wem?

Wurden Sie jemals als untauglich zum Führen von Kraftfahrzeugen bezeichnet? nein ja

Falls ja: wann? untersuchender Arzt: Grund:

Sind Sie militärdienst-untauglich erklärt worden? nein ja

Falls ja, weshalb?

Derzeitige gesundheitliche Situation

Bestehen bei Ihnen derzeit gesundheitliche Störungen? nein ja

Falls ja, welche? :

Sind Sie derzeit in Behandlung bei einem Arzt, Psychotherapeuten, etc.? nein ja

Falls ja, weshalb?

Sind Sie Brillen- oder Kontaktlinsenträger? nein ja Falls ja - Korrektur für: Ferne Nähe

Frauen: Sind Sie schwanger? nein ja

Rauchen Sie? nein ja Falls ja: Seit wann? wie viel?
 nein-aufgehört Ggf.: Wann haben sie aufgehört, wie viele Jahre und wieviel haben Sie geraucht?

Trinken Sie Alkohol? nein ja Falls ja: Art, Menge und Häufigkeit

Nehmen Sie Drogen? nein ja Falls ja: Art, Menge und Häufigkeit

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie zurzeit einnehmen (inkl. „Pille“):

Körpergröße und Körpergewicht?cm kg

Persönliche Vorgeschichte

Bitte geben Sie an, **ob** und ggf. **wann** Sie . . .

- . . . **gravierende Erkrankungen** (z.B. Schlaganfall, Krebsleiden u.a.),
- . . . **Operationen** (z.B. an Mandeln, Blinddarm, Leistenbruch, Bandscheiben, Augen u.a.), oder
- . . . **Unfälle bzw. Verletzungen** (z.B. Knochenbrüche, Bänderrisse u.a.) hatten.

.....

bitte wenden

Systemische Vorgeschichte

Leiden oder littten Sie an folgenden Erkrankungen?

Falls ja, bitte Zutreffendes unterstreichen.

Epilepsie, Schwindelanfälle, Ohnmachtszustände, Gedächtnisstörungen, chronischer Kopfschmerz, Migräne, Lähmungen, Gleichgewichtsstörungen, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Herzbeschwerden, Herzfehler, Herzinfarkt, Rhythmusstörungen, niedriger oder hoher Blutdruck, Kollapszustände, Gefässerkrankungen, Venenleiden, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Lungen- oder Brustfellentzündung, Lungen-Tuberkulose, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Magen-Darm-Beschwerden (z.B. Entzündungen/Geschwüre, Morbus Crohn), Gallensteine, Lebererkrankungen, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Hämorrhoiden, Enddarmfisteln, etc	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, erhöhte Blutfette, Gicht, Schilddrüsenfunktionsstörungen, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Psychische Störungen, Höhenangst, Klaustrophobie, Depressionen, Suizidversuche, Sucht-leiden, Entzugsbehandlungen wegen Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schlafstörungen, Schnarchen, nächtliche Atempausen (obstruktives Schlafapnoesyndrom), erhöhte Tagesschläferigkeit, etc.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ohrenleiden (z.B. Hörstörungen, Tinnitus, etc.), Augenleiden (z.B. grauer Star, Glaukom, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Blutkrankheiten (z.B. Anämie, etc.), Gerinnungsstörungen, Lymphdrüsenanschwellungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wirbelsäulenprobleme (z.B. Bandscheibenerkrankungen, Hexenschuss, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Knochen-, Gelenks- (z.B. Arthrose, Rheuma, etc.) oder Muskelkrankheiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nierenerkrankungen (z.B. Zysten, Entzündungen, Steine, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergien (z.B. gegen Pollen, Tierhaare, Insekten, Nahrungsmittel, Medikamente, etc.) oder Hauterkrankungen (z.B. Ekzeme, Psoriasis, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Hiermit erkläre ich, dass ich obige Angaben sorgfältig ausgefüllt und weder wichtige Informationen verschwiegen, noch falsche Angaben gemacht habe.

Gleichzeitig ermächtige ich meine behandelnden Ärzte zur Auskunftserteilung und/oder Übermittlung medizinischer Unterlagen an die untersuchende Stelle.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte nachfolgende Felder nicht ausfüllen!

Dokumentation durch AMPA:

- Datenerfassungsbogen (in Akte vorhanden ? ggf. ausfüllen lassen)
- Kopie Ausweis
- Kopie Brillenpass
- Fakt. (ins Medistar eingeben!)
- Urinstatus (Combur 7) pH /.....
- Flüsterzahlen re oB auffällig
- li oB auffällig
- Rodatest