Ärztlicher Untersuchungsbogen

Datum:

Familienname, Vorname (bitte Druckbuchstaben)		☐ m ☐ w
Geburtsdatum		
Tätigkeit		☐ Rechnung
Arbeitgeber		☐ Bilanz

☐ FEV(komplett) **☐ FEV (Augen)** **☐ FEV (Arzt)** **☐ TPU**

☐ G25 (E) **☐ G37 (BAP) (A)** **☐ G99 (E)** **☐ G42**

sonstige ☐ _____

Untersuchung: ☐ Eignung (E) **☐ Pflicht (P)** **☐ Angebot (A)** **☐ Wunsch (W)**

FEV: **☐ Taxi** **☐ Bus** **☐ Lkw** **sonstiges ☐ _____**

☐ Erstuntersuchung **☐ Verlängerung, Erstuntersuchung CAB**

☐ Wiederholer **☐ keine alten Unterlagen**

TPU Ergebnisse:

1. DUAL C PR: ……. **2. DUAL A/B PR: …….** **3. INTER-O PR: …….**

4. INTER-L PR: ……. **5. MC-L, MC-O PR: …….**

Untersuchung der Augen

ohne ☐ / **mit** ☐ Fernbrille **ohne** ☐ / **mit** ☐ Nahbrille ☐ Kontaktlinsen

ohne ☐ / **mit** ☐ BAP-Brille

Angaben zur Brille:
Art der Brille und letzte Brillenverordnung.

_____

Visus:	Ferne	rechts _____	links _____	binokular _____
	Nähe (BAP)	rechts _____	links _____	binokular _____
	Nähe (30 cm)	rechts _____	links _____	binokular _____

Dämmerungs-/Kontrastsehen:	☐ normal	☐ gestört
Stereosehen:	☐ normal	☐ gestört
Farbsinn:	☐ normal	☐ eingeschränkt_____
		☐ nicht intakt:_____
Gesichtsfeld: ☐ horizontal	☐ normal	☐ eingeschränkt
☐ zentral (Amsler)	☐ normal	☐ eingeschränkt

Körperlicher Befund

Urinstatus: ☐ ohne Befund ☐ Befund:_____

Größe:_____ **Gewicht:**_____

Flüstersprache: Rechts: _____m Links: _____m

RR:_____

Puls:_____ ☐ rhythmisch

Herz: ☐ o.B. **Lunge:** ☐ o.B. **Haut:** ☐ o.B.

Wirbelsäule: ☐ o.B. **Gelenke:** ☐ o.B.

Neurologischer Status: ☐ o.B. **Psyche:** ☐ o.B.

Notizen des Arztes:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Befund

☐ **Keine Bedenken** ☐ **Bedenken (Augenarzt, Hausarzt, Facharzt)**

☐ **Auflagen im Führerschein** _____

_____

☐ **Nachuntersuchung** _____