



## Ärztliche Untersuchung nach § 8 Führerscheingesetz (FSG)

über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen  der Gruppe 1  der Gruppe 2

der Antragstellerin/des Antragstellers

Zutreffendes ist anzukreuzen !

Name und Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort	Ausweis (Art und Nr.)
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		

### Befund

<b>Größe</b>		cm	<b>Gewicht</b>		kg
<b>Wirbelsäule</b>	beweglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Abschnitt ▶		
<b>Atmung</b>	<input type="checkbox"/> Eupnoe <input type="checkbox"/> Dyspnoe in Ruhe		<input type="checkbox"/> bei Anstrengung <input type="checkbox"/> keine		
<b>Herz Kreislauf</b>	Blutdruck / mm Hg		Puls /min <input type="checkbox"/> rhythm. <input type="checkbox"/> arhythm.		
<b>Gliedmaßen</b>	Faustschluß seitengleich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Beweglichkeit der Arme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Beweglichkeit der Beine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Nervensystem</b>	auffällig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Tremor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		psychisch auffällig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Visus</b>	L / R		Korrektur L / R		Brillenstärke L / R
<b>Gehör</b>	Konversationssprache wird gehört <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
<b>Gang</b>	<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> ▶				
<b>Sprache</b>	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> ▶				
<b>Klinischer Gesamteindruck</b>					

### Gutachten

\*) Nichtzutreffendes ist zu streichen!

Die/der Untersuchte ist gemäß § 8 FSG zum Lenken eines Kraftfahrzeuges der Gruppe 1\*) / der Gruppe 2\*) **geeignet**.

<b>Bedingung</b>	<input type="checkbox"/> Tragen einer Brille	<input type="checkbox"/> Tragen von Kontaktlinsen
<b>Auflagen</b>	<input type="checkbox"/> Tragen einer Brille	<input type="checkbox"/> Tragen von Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> der Körpergröße angepaßter Lenkersitz/Sitzpolster

Zuweisung zum Amtsarzt  ja

<b>Erforderliche fachärztliche Stellungnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> Orthopädie	<input type="checkbox"/> Neurologie/ Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Sonstige ▶
---	--------------------------------	---	-------------------------------------	--	-------------------------------------

Ort und Datum
---------------

Stempel und Unterschrift
--------------------------

**Amtsärztliche Untersuchung nach § 8 Abs. 2 Führerscheinggesetz (FSG)**

<b>Fachärztliche Stellungnahme von</b>	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Neurologie/ Psychiatrie
	<input type="checkbox"/> Sonstiges ► _____

<b>Verkehrs- psychologische Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/> kraftfahrtspezifische Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Bereitschaft zur Verkehrsanpassung
	wegen _____ _____ _____ _____

<b>Noch beizubringende Befunde</b>	_____ _____ _____ _____ _____
<b>Ergebnis der Befunde</b>	_____ _____ _____ _____ _____

<b>Beobachtungs- fahrt</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mit technischem Sachverständigen
<b>Ergebnis der Beobachtungs- fahrt</b>	<input type="checkbox"/> Anfahren _____ <input type="checkbox"/> Bremsen _____ <input type="checkbox"/> Lenken _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

**Gutachten nach § 8 Führerscheinggesetz (FSG)**

Die/der Untersuchte

Zutreffendes ist anzukreuzen ☒

Name und Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort	Ausweis (Art und Nr.)
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		

ist gemäß § 8 FSG zum Lenken eines Kraftfahrzeuges  der Gruppe 1  der Gruppe 2 **geeignet** **nicht geeignet** **befristet geeignet**

auf (Zeitraum)

<input type="checkbox"/>	<b>Nachuntersuchung</b> durch den Amtsarzt in		
	Monaten	Jahren	
<input type="checkbox"/>	<b>Kontrolluntersuchung</b> auf	durch/auf	
		Monate	Jahre

 unter folgender **Bedingung** geeignet

<input type="checkbox"/>	<b>Verwendung von</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Kontrolluntersuchung</b> auf	durch/auf
		Monate
		Jahre

 unter folgender **Beschränkung** geeignet

<input type="checkbox"/>	<b>örtliche/zeitliche/sachliche Beschränkung</b>
<input type="checkbox"/>	Beschränkung der Eignung laut technischem Sachverständigen: Diese Mängel können ausgeglichen werden bei dem (den) Fahrzeug(en)
Fahrgestell Nr.	Kennzeichen

**Begründung**


Ort und Datum
---------------

Stempel und Unterschrift
--------------------------