

Ärztlicher Untersuchungsbefund

(Exemplar für die Ärztin/den Arzt)

- Med. Gruppe 1 (Kat. A, A1, B, B1, F, G, M; über 75-Jährige)
 - Med. Gruppe 2 (Kat. C, C1, D, D1, berufsmässiger Personentransport, Verkehrsexpertinnen/-experten)
-

Name: Vorname:

Geb.-Datum: Adresse:

PLZ/Wohnort:

A. Anamnese

verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen und Unfallfolgen, Arzneimittelkonsum, Suchtmittelkonsum, Bewusstseinsstörungen, Schwindel, Synkopen, Anfallsleiden, psychische Erkrankungen, Diabetes, andere Stoffwechselstörungen, Hirnleistungsstörungen, Krankheiten mit vermehrter Tagesschläfrigkeit

B. Untersuchungsbefunde

1 Allgemeinzustand/Gesamteindruck:

.....
.....

2 Sehvermögen

Fernvisus:

rechts: unkor.: korr.:

links: unkor.: korr.:

Einäugigkeit:

Doppelbilder:

Lichtreaktion:

Motilität:

Gesichtsfeld:

3 Hörvermögen (nur für med. Gruppe 2 relevant)

Konversationssprache: Meter (rechts / links)

Flüstersprache: Meter (rechts / links)

Krankheiten des Innen- oder Mittelohres:

4 Haut

Einstichstellen:

auffälliges Nasenseptum:

Leber-Stigmata:

andere Auffälligkeiten:

5 Psyche

Stimmung:

Affekt:

Aufmerksamkeit:

Konzentration:

Gedächtnis:

kognitive Defizite:

Anhaltspunkte für beginnende Demenz:

andere Auffälligkeiten:

6 Nervensystem

Motorik (Koordination, Romberg, Reflexe):

Sensibilität (Vibrations- und Lagesinn):

Strichgang:

vegetative Zeichen/Tremor: 2

7 Herz-Kreislauf

Puls:

Blutdruck: evtl. zweiter Blutdruckwert:

periphere Pulse:

Auskultation/Herzgrenzen:

Venen:

Insuffizienzzeichen:

8 Atmungsorgane

Thorax:

obere Luftwege:

Auskultation:

Perkussion:

9 Abdominalorgane

Lebergröße:

andere Auffälligkeiten:

10 Bewegungsapparat

Defekte:

Lähmungen:

Unfallfolgen:

Funktions- und Bewegungseinschränkungen (insb. Kopfdrehen)

11 andere Auffälligkeiten

.....
.....

Zusatzuntersuchungen (bei begründeter Indikation): Laborbefunde (z.B. Alkoholmarker, Drogenscreening), EKG, Kurztests zur Ermittlung von Hirnleistungsdefiziten (z.B. Trail-Making-Test A und B / Mini-Mental-Status-Test, Uh-rentest):

Beurteilung, Diagnosen:

.....
.....

Untersuchungsdatum:

.....

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

.....