

**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:

.....