

# Anamnesebogen berufliche Fahrtätigkeit / Führerscheinerwerb / Arbeiten mit Absturzgefahr

**Vorname und Name:**

**Geburtsdatum:**

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Haben sie (eine oder mehrere) Sehhilfen (Brille/Kontaktlinsen)? O Nein O Ja

Welche Art(en) von Brille (Ferne, Nähe, Gleitsicht,...)?

Wie alt sind diese / wann war die letzte Anpassung?

Liegen folgende Erkrankungen/Beschwerden vor:

Wenn Ja, bitte weiter erläutern:

Schwere/chronische Erkrankungen O Nein O Ja

Diabetes („Zucker“) O Nein O Ja

Epilepsie, Schlaganfall, ... O Nein O Ja

Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen O Nein O Ja

Bewusstlosigkeit ohne bekannten Grund O Nein O Ja

Sekundenschlaf/ starke Tagesmüdigkeit O Nein O Ja

regelmäßig Alkohol (wie oft? was?) O Nein O Ja

illegale Drogen O Nein O Ja

regelm. Medikamente O Nein O Ja

Grad der Behinderung („Prozente“): O Nein O Ja  
wegen:

erlernter Beruf:

aktuell tätig als (bzw. angestrebt): seit/ab:

nur bei Führerscheinuntersuchungen:

Nummer des Personalausweises:

Geburtsort:

Datum:

Unterschrift:

Bemerkungen Arzt: