

**Dieser Fragebogen dient Ihrer Vorbereitung auf eine Fahrerlaubnis-untersuchung. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut wie möglich. Wir werden den Fragebogen mit Ihnen besprechen.**

**Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.**

Betriebsmedizin Dr. Plagemann, Schweriner Str. 14c, 23970 Wismar, Tel.: 03841/6446400, praxis@dr-plagemann.de

Name:  Vorname:  Geburtsdatum:

**Bitte bringen Sie zur Fahrerlaubnis-Untersuchung mit:**

- den ausgefüllten Fragebogen Fahrerlaubnis
- den ausgefüllten Fragebogen zur Tagesschläfrigkeit
- Sehhilfe (falls vorhanden)
- Ihren Personalausweis

**Haben oder hatten Sie selbst Erkrankungen:**

**Augen**

Nein

Ja, folgende:

**Ohren**

Nein

Ja, folgende:

**Mund/Nase/Rachen**

Nein

Ja, folgende:

**Lunge/Atemwege**

Nein

Ja, folgende:

**Herz**

Nein

Ja, folgende:

Herzinfarkt

sonstige:

**Kreislauf**

Nein

Ja, folgende:

Bluthochdruck

Schlaganfall

sonstige:

**Nerven/Psych**

Nein

Ja, folgende:

Depressionen

Burn-out

Anfallsleiden

sonstige:

**Magen/Darm**

Nein

Ja, folgende:

**Haut**

Nein

Ja, folgende:

Neurodermitis

Schuppenflechte

sonstige:

**Leber/Galle/Bauchspeicheldrüse**

Nein

Ja, folgende:

**Gynäkologische Erkrankungen**

Nein

Ja, folgende:

**Infektionen** Nein

**Ja, folgende:**

Tuberkulose   
Hepatitis/Gelbsucht   
Borreliose   
sonstige:

**Nieren/Harnwege** Nein

**Ja, folgende:**

**Stütz- und Bewegungsapparat** Nein

**Ja, folgende:**

Bandscheibenvorfall   
Rückenschmerzen   
sonstige:

**Stoffwechsel** Nein

**Ja, folgende:**

Gicht   
Zuckerkrankheit   
Fettstoffwechselstörungen   
Schilddrüsenerkrankungen   
sonstige:

**Hernien (Bauchwandbrüche)** Nein

**Ja, folgende:**

**Bluterkrankungen** Nein

**Ja, folgende:**

**Bösartige Erkrankungen/Krebs** Nein

**Ja, folgende:**

**Unfälle mit Folgeschäden** Nein

**Ja, folgende:**

**Krankenhausaufenthalte/Operationen** Nein

**Ja, folgende:**

**Allergien** Nein

**Ja, folgende:**

Lebensmittel   
Pflanzen   
Milben   
Tiere   
Medikamente   
Schwermetalle

Heuschnupfen   
Asthma   
Ekzem

**Welche Medikamente nehmen Sie?** Keine

**Folgende:**

**Trinken Sie Alkohol?** Nein

**Ja**  
 **Gelegentlich**

**Konsumieren Sie illegale Drogen?** Nein

**Ja, folgende:**

**Haben Sie momentan gesundheitliche Beschwerden?** Nein

**Ja, folgende:**