

**Anamnesebogen****Ort/Datum**

Titel, Name, Vorname	
Geb.datum	
Aktuelle Adresse	

**Vorerkrankungen bzw. bestehende Erkrankungen****Augenerkrankungen**

Brille/ Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Kurzsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Weitsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Alterssichtigkeit	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Netzhautablösung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Makuladegeneration	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Nachtblindheit	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Doppelbilder	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Erhöhte Blendempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein

Andere

**Ohrerkrankungen**

Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Hörgeräte	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Innenohrschwindelproblematik	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein

Andere

**Herz-Kreislaufferkrankungen**

Angeborene/ erworbene Herzfehler	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Herzklappenfehler	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Herzklappenersatz	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Koronare Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Herzschrillmacher	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Defibrillator	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
- wurde je die Indikation dafür gestellt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein

Herzoperation (z.B. Bypass-Op, andere) wenn ja, welche, wann?

---

Andere

---

**Neurologische Erkrankungen**

Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Parkinson	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Neuropathie	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Demenz	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Schwindel	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Erhöhte Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
zerebrovaskulärer Insult/ Schlaganfall - Wann? _____	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
anfallsartige Bewusstseinstörungen (Epilepsie, epileptischer Anfall) - Wann zuletzt? _____	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein

Andere

**Lungenerkrankungen**

Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Neigen Sie zu anfallsartigen o. gehäuften schweren Asthmaanfällen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
COPD	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Ohnmacht durch Husten in der Vorgeschichte	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Schlaf-Apnoe-Syndrom	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
- Besteht die Indikation zum Tragen einer Maske (z.b. CPAP)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein

Andere

**Psychische/psychiatrische Erkrankungen**

Depressionserkrankung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Angststörung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Sind Sie psychisch stark belastet	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein
Besteht eine ADHS	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	nein

Andere

Besteht eine Suchtproblematik?  Ja  nein  
(Alkohol, Cannabis, Kokain, Opium, Schlafmittel, andere Drogen)  
 wenn ja, wie häufig  pro Tag  pro Woche

welche Substanz \_\_\_\_\_  
(Alkohol, Cannabis, Kokain, Opium, Schlafmittel, andere Drogen)

Bestand in der Vergangenheit  
eine Suchtproblematik ?  Ja  nein

welche Substanz ? \_\_\_\_\_  
 bis wann ? \_\_\_\_\_

Sind Sie in einem Substitutionsprogramm?  Ja  nein

Anamnesebogen für verkehrsmmedizinische Untersuchungen: Pat.name: \_\_\_\_\_

Seiten 1-5

Sind Sie bereits in der Vorgeschichte unter Substanzeinfluss gefahren?  Ja  nein

**Orthopädische Erkrankungen**

Liegen Amputationen vor ?  Ja  nein  
 Fehlbildungen an den Armen/Beinen/Händen/Füssen ?  Ja  nein  
 Probleme bei der Kopfdrehung  Ja  nein  
 Wenn ja  nach links  nach rechts  beidseits

Andere  
\_\_\_\_\_**Andere Symptome**

Erhöhte Tagesmüdigkeit  Ja  nein  
 Neigen Sie zu Ohnmachtsanfällen  Ja  nein  
 Schlafstörungen  Ja  nein  
 Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

Herzmedikamente: \_\_\_\_\_

Schmerzmittel: (regelmässig, Bedarfseinnahme) \_\_\_\_\_

Antidepressiva o. a. psychiatrische Medikamente \_\_\_\_\_

Blutverdünnende Medikamente ( ASS, Clopidogrel, Marcumar, Xarelto, Eliquis o.a.)  
\_\_\_\_\_

Bluthochdruckmedikamente: \_\_\_\_\_

Schlafmedikamente: (regelmässig oder Bedarfseinnahme) \_\_\_\_\_

Methylphenidat/ Medikinet/ Concerta/ Equasym/ Ritalin/Atomoxetin/ Attentin/ Stratterra/ Elvanse/ Modasomil)?: \_\_\_\_\_

Medikament	Dosierung	Anzahl			
		Morgens	Mittags	Abends	Nachts

Anamnesebogen für verkehrsmedizinische Untersuchungen: Pat.name: \_\_\_\_\_

Seiten 1-5


Bitte geben Sie auch Medikamente an, die Sie in Pflasterform bekommen!

Mit meiner Unterschrift bestätigt ich, dass meine Angaben vollständig und korrekt angegeben sind.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_