

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Aktenzeichen:

Bitte lassen Sie dieses Formular von Ihrem behandelnden Arzt/ einem Facharzt für Neurologie ausfüllen und senden es anschließend an die Führerscheinstelle zurück.

Fachärztlicher Fragebogen Neurologische Erkrankungen

Bei Ihrem oben genannten Patienten sind aufgrund der ärztlichen Bescheinigung nach Anlage 5 Fahrerlaubnisverordnung (FeV) Zweifel an der Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges aufgetreten. Bitte beantworten Sie folgende Fragen im Hinblick auf Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens Ihres Patienten, die aus medizinischer Sicht Bedenken gegen seine Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges begründen und ggf. Anlass für eine weitergehende Untersuchung geben.

Die Fragen orientieren sich an der Anlage 4 zur FeV „Eignung und bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen“ und den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung.

1. Allgemeiner Gesundheitszustand

- gut
 - falls nicht ausreichend, nähere Erläuterung:
-

2. Erkrankungen und Folgen von Verletzungen des Rückenmarks

- ja
- nein

3. Erkrankungen der neuromuskulären Peripherie

- Myopathischer Muskelschwund
- myasthenisches Syndrom
- myotonsches Syndrom
- Neuropathie
- nein

4. Parkinsonsche Krankheiten

- ja
- nein

5. Kreislaufabhängige Störungen der Hirntätigkeit

- ja
- nein

6. Hirnverletzungen, Hirnoperationen, angeborene oder frühkindliche Hirnschäden

- Schädelhirnverletzungen oder Hirnoperationen ohne Substanzschäden
- Substanzschäden durch Verletzungen oder Operationen
 - mit Störung der Motorik
 - mit chronischem hirnorganischem Psychosyndrom
 - mit hirnorganischer Wesensänderung
- nein

7. Epilepsie und epileptische Anfälle

- Epileptische Anfälle
 - Einnahme von Antiepileptika
 - erstmaliger Anfall und Anfallsfreiheit seit mind. 2 Jahren
 - erhöhtes Anfallrisiko
- Diagnostizierte Epilepsie
- nein

8. Medikamente / Dosierung

es wurden keine Medikamente verordnet

falls ja, welche und in welcher Dosierung:

Halten Sie die/ den Untersuchte(n) geeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen?

Ja Nein

Erläuterungen:

Halten Sie ggf. Auflagen und/oder Beschränkungen erforderlich? Ja Nein

Wird eine weitergehende Untersuchung bezüglich der Kraftfahreignung für erforderlich gehalten? Ja Nein

Datum	Unterschrift	Stempel
-------	--------------	---------

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Die Kosten für Ihre Mühe sind von dem Patienten zu tragen.