

Anamnese für LKW-Führerscheinuntersuchung

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Größe/Gewicht: _____

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen (z.B. Herzerkrankung, Bluthochdruck, Diabetes...)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Trinken Sie regelmäßig Alkohol Was? Wieviel?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Gibt/Gab es in der Familie schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Leiden Sie unter starker Müdigkeit bzw. hatten Sie schon mal einen "Sekundenschlaf"?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie bei der Fahrtätigkeit Beschwerden? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Datum: _____ Unterschrift: _____