

**FRAGEBOGEN****Verkehrsmedizinische Kontrolluntersuchung STVA Stufe 1**

---

Datum:

**NAME:**

**VORNAME:**

**GEBURTSDATUM:**

Bisherige Auflagen?  Nein  Ja: .....  
 Weiss nicht

Wie oft fahren Sie Auto? Für welche Gelegenheiten brauchen Sie das Auto?

.....

Hatten Sie schon einmal einen Verkehrsunfall, einen Beinahe-Unfall (inkl. Sekundenschlaf) oder Fahrausweisentzug?

Nein  
 Ja, Details:.....  
.....

**Epworth-Scala**

Wie oft passiert es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen?

Wenn Sie gewisse Situationen nicht erlebt haben, dann versuchen Sie sich bitte vorzustellen, wie es Ihnen dabei ergangen wäre. Bitte geben Sie für jeden untenstehenden Punkt die Häufigkeit an:

nie = 0      selten = 1      gelegentlich = 2      oft = 3

- |                                |                                |   |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------|
| Beim Lesen                     | <input type="checkbox"/> ..... | Beim Hinlegen am Nachmittag<br>zum Ausruhen | <input type="checkbox"/> ..... |
| Beim Fernsehen                 | <input type="checkbox"/> ..... | Beim Sprechen (sitzend)                     | <input type="checkbox"/> ..... |
| Im Theater, im Publikum        | <input type="checkbox"/> ..... | Beim Sitzen nach dem Essen                  | <input type="checkbox"/> ..... |
| Als Beifahrer im Auto (1 Std.) | <input type="checkbox"/> ..... | Beim Autofahren, Anhalten vor Rotlicht      | <input type="checkbox"/> ..... |

**Total (0-24 Punkte)**

.....

---

**ALLGEMEINE GESUNDHEIT**

**Leiden Sie unter folgenden Beschwerden / Symptomen?**

- |   |  |
|---|--|
| Hoher Blutzucker / Diabetes                       | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Herzerkrankung                                    | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Lungenerkrankung                                  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Schwindel / Ohnmacht                              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Psychische Erkrankung                             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Krampfanfälle / Epilepsie                         | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Hoher Blutdruck / Hypertonie                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Herzstechen / Herzrasen                           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Augenerkrankung                                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Neurologische Erkrankung                          | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Eingeschränkte Leistungsfähigkeit                 | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Kurzatmigkeit / Dyspnoe                           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Schnarchen Sie?                                   | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Wurden bei Ihnen nachts<br>Atempausen beobachtet? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Haben Sie nachts ein Atemhilfe-Gerät?             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Rauchen Sie?                                      | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wie viele Päckli pro Tag?..... |
| Trinken Sie Alkohol, wieviel?                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Haben Sie schon Drogen konsumiert?                | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Waren Sie kürzlich im Spital?                     | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja .....                          |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?           | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?.....                  |
| .....   |  |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, diesen Fragebogen (2 Seiten) über Ihre Gesundheit, Suchtvorgeschichte und Verkehrsvorgeschichte korrekt ausgefüllt zu haben.

Datum / Ort .....

Unterschrift: .....



Nehmen Sie bitte zum Untersuchungs-Termin sämtliche Medikamente mit, die Sie regelmässig einnehmen. Sollten Sie den ausgefüllten Fragebogen am Tage der Untersuchung nicht dabei haben, werden wir die Fahreignung nicht abschliessend beurteilen können. Vielen Dank für Ihr Verständnis.