
Name

Adresse

Telefonnummer für Rückfragen

Kundennummer

Fragebogen zu Ihrer Untersuchung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

dieser Fragebogen dient zur Vorbereitung Ihrer Untersuchung. Bitte füllen Sie das Frageheft sorgfältig und in aller Ruhe aus, und bringen Sie bitte das vollständig ausgefüllte Fragenheft mit zu Ihrer Untersuchung.

Tragen Sie aktiv zu einer erfolgreichen Begutachtung bei, indem Sie die Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen beantworten. Bitte bestätigen Sie durch Ihre Unterschrift, dass Sie alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht haben:

den

Ort

Datum

Unterschrift

Wenn Sie bereits bei uns Dienstleistungen in Anspruch genommen haben wie zum Beispiel Medizinisch-Psychologische Begutachtungen oder Abstinenzkontrollprogramme/Haaranalysen oder verkehrsmedizinische Begutachtungen, dürfen wir auf die Ergebnisse nur dann zurückgreifen, wenn Sie uns dazu Ihr Einverständnis geben. Hiermit erkläre ich, dass auf folgende Unterlagen zurückgegriffen werden darf:

☐ MPU-Gutachten ☐ Abstinenzdokumentation(en) ☐ Verkehrsmedizinische(s) Gutachten

den

Ort

Datum

Unterschrift

Als besonderen Service für Sie bieten wir an, einen kostenfreien elektronischen Mitschnitt des Psychologischen Untersuchungsgesprächs anzufertigen. Wenn Sie dies wünschen, sprechen Sie uns bitte an. Informationen dazu finden Sie auch auf unserer Homepage.

Persönliche Vorgeschichte

Schulverlauf und -abschluss, Ausbildung (Lehre? Studium? Abschluss?):

Beruflicher Werdegang:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Wenn arbeitslos, seit wann?

Familienstand/Beziehung (Partnerschaft, Familie, Eheschließung, Scheidung, Kinder):

Freizeit und Hobbys

Verkehrsvorgeschichte		
Diese Frage nur beantworten, wenn Sie zu einer medizinisch-psychologischen Begutachtung kommen:		
Wurden Sie früher schon einmal in einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung begutachtet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann, wo und mit welchem Ergebnis?		
Hatten Sie bereits eine Fahrerlaubnis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann haben Sie Ihre Fahrerlaubnis zum ersten Mal erworben? (ggf. Monat) Jahr:		
Haben Sie für die Vorbereitung auf die medizinisch-psychologische Untersuchung fachliche Unterstützung z.B. von Verkehrstherapeuten o. a. in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche und in welchem Zeitraum?		

Gesundheitsvorgeschichte		
Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, aus welchem Grund?		
Bei welchem Arzt (Name, Adresse)?		
Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, aus welchem Grund?		
Bei welchem Arzt (Name, Adresse)?		

Gesundheitsvorgeschichte

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐

ja

☐

nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie derzeit vorübergehend Medikamente ein?

☐

ja

☐

nein

Wenn ja, welche?

letzte Einnahme?

Dosis/wie viel?

Haben Sie innerhalb der letzten zwölf Monate Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel oder ähnliche Medikamente eingenommen?

☐

ja

☐

nein

Wenn ja, aus welchem Anlass?

Um welche Medikamente handelte es sich dabei?

Arbeiten Sie mit gesundheitsschädigenden Stoffen (Chemikalien) oder unter gesundheitsbelastenden Umständen?

☐

ja

☐

nein

Falls ja, mit bzw. unter welchen?

Ist bei Ihnen schon einmal eine Entgiftungsbehandlung oder eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt worden?

☐

ja

☐

nein

Wenn ja, bitte Zeitraum und Name und Anschrift der Einrichtungen angeben:

Gesundheitsvorgeschichte

Liegt bei Ihnen eine Einschränkung des Hörvermögens vor?

☐

ja

☐

nein

Wenn ja, welche?

Liegt bei Ihnen eine Einschränkung des Sehvermögens vor?

☐

ja

☐

nein

Wenn ja, welche?

Liegt bei Ihnen eine Bewegungsbehinderung vor?

☐

ja

☐

nein

Wenn ja, welche?

Bitte geben Sie an, ob bei Ihnen ggf. folgende Erkrankungen vorliegen (bitte ankreuzen):

ja

nein

Herzerkrankung (zum Beispiel Bluthochdruck, zu niedrigem Blutdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Herzleistungsschwäche)?

☐☐

Diabetes mellitus?

☐☐

Erkrankung des Nervensystems (z.B. Parkinson, Epilepsie)?

☐☐

Nierenerkrankung?

☐☐

Lungen- oder Bronchialerkrankungen?

☐☐

Störungen des Gleichgewichtssinnes?

☐☐

Tagesschläfrigkeit?

☐☐

Psychische Störungen?

☐☐

Sonstiges?

☐☐

Wenn ja, was?
