
Name

Adresse

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Kundennummer

Fragebogen zu Ihrer Untersuchung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

dieser Fragebogen dient zur Vorbereitung Ihrer Untersuchung. Bitte füllen Sie die Abschnitte sorgfältig und in aller Ruhe aus, und bringen Sie bitte das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Dokument 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:

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

Ort, Datum

Unterschrift

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

Persönliche Vorgeschichte		
Schule 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 (Bitte 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? Wenn ja, welche und in welchem Zeitraum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gesundheitsvorgeschichte (bitte immer beantworten)

Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, aus welchem Grund und in welcher Praxis (Name, Adresse)?

Befinden Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, aus welchem Grund und in welcher Praxis (Name, Adresse)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, welche?

Letzte Einnahme?		Dosis/wie viel?	
------------------	--	-----------------	--

Nehmen Sie derzeit vorübergehend Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, welche?

Letzte Einnahme?		Dosis/wie viel?	
------------------	--	-----------------	--

Haben Sie innerhalb der letzten zwölf Monate Schlafmittel, Beruhigungsmittel, Schmerzmittel oder ähnliche Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	--------------------------------	----------------------------------

Wenn ja, aus welchem Anlass und wann?

Um welche Medikamente handelte es sich dabei?

Arbeiten Sie mit gesundheitsschädigenden Stoffen (Chemikalien) oder unter gesundheitsbelastenden Umständen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja, mit bzw. unter welchen?		
<hr/> <hr/>		
Haben Sie schon einmal eine Entgiftungsbehandlung oder Entwöhnungsbehandlung gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte geben Sie den Zeitraum an und die Klinik/Einrichtung, in der Sie waren:		
<hr/> <hr/>		
Liegt bei Ihnen eine Einschränkung des Hörvermögens vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
<hr/>		
Liegt bei Ihnen eine Einschränkung des Sehvermögens vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
<hr/>		
Liegt bei Ihnen eine Bewegungsbehinderung vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche?		
<hr/>		
Bitte geben Sie an, ob bei Ihnen ggf. folgende Erkrankungen vorliegen (bitte ankreuzen):	ja	nein
Herzerkrankung (z.B. Bluthochdruck, zu niedriger Blutdruck, Herzrhythmus-störungen, Herzinfarkt, Herzleistungsschwäche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Störungen oder Erkrankungen (z.B. Depressionen, Schizophrenie, Psychosen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung des Nervensystems (z.B. Parkinson, Epilepsie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungen- oder Bronchialerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störungen des Gleichgewichtssinnes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagesschläfrigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, was?		
<hr/> <hr/>		