Strassenverkehrsamt
Prävention & Massnahmen

Thurgau

Ärztlicher Untersuchungsbefund

Kategorien A oder B, Unterkategorien A1 oder B1, Spezialkategorien F, G oder M sowie Schiffsführerausweise aller Kategorien ausser B und C

Wortlaut von Anhang 2 der Verordnung über die Zulassung von Personen und Fahrzeugen zum Strassenverkehr VZV und Art. 82 der Binnenschifffahrtsverordnung BSV

(Exemplar für die Ärztin/den Arzt)

Name:……..
Vorname:……
Geburtsdatum:……...……
PLZ/Wohnort:……..Adresse:……

A. *Anamnese*

verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen und Unfallfolgen, Arzneimittelkonsum, Suchtmittelkonsum, Bewusstseinsstörungen, Schwindel, Synkopen, Anfallsleiden, psychische Erkrankungen, Diabetes, andere Stoffwechselstörungen, Hirnleistungsstörungen, Krankheiten mit vermehrter Tagesschläfrigkeit

B. U*ntersuchungsbefunde*

1 Allgemeinzustand/Gesamteindruck:

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

Moosweg 7a, 8501 Frauenfeld
T 058 345 37 11
massnahmen@stva.tg.ch
www.stva.tg.ch

Öffnungszeiten:
Montag bis Freitag
07:30 bis 12:00 und 13:00 bis 17:00

2 ***Sehvermögen***

Fernvisus

rechts:	unkorr.:	korr.:
links:	unkorr.:	korr.:

Einäugigkeit:

Doppelbilder:

Lichtreaktion:

Motilität:

Gesichtsfeld:

2a ***Hörvermögen*** *(nur für Inhaber eines Schiffsführerausweises)*

Konversationssprache:…… Meter (rechts/links)

Flüstersprache:……..Meter (rechts/links)

Krankheiten des Innen- oder Mittelohres:

3 ***Haut***

Einstichstellen:

auffälliges Nasenseptum:

Leber-Stigmata:

andere Auffälligkeiten:

4 ***Psyche***

Stimmung:

Affekt:

Aufmerksamkeit:

Konzentration:

Gedächtnis:

kognitive Defizite:

Anhaltspunkte für eine beginnende Demenz:

andere Auffälligkeiten:

5 Nervensystem

Motorik (Koordination, Romberg, Reflexe):

Sensibilität (Vibrations- und Lagesinn):

Strichgang:

vegetative Zeichen/Tremor:

6 *Herz-Kreislauf*

Puls:

Blutdruck: evtl. zweiter Blutdruckwert:

periphere Pulse:

Auskultation/Herzgrenzen:

Venen:

Insuffizienzzeichen:

7 *Atmungsorgane*

Thorax:

obere Luftwege:

Auskultation:

Perkussion:

8 *Abdominalorgane*

Lebergrösse:

andere Auffälligkeiten:

9 *Bewegungsapparat*

Defekte:

Lähmungen:

Unfallfolgen:

Funktions- und Bewegungseinschränkungen (insbes Kopfdrehen):

10 ***andere Auffälligkeiten***

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

Zusatzuntersuchungen (bei begründeter Indikation): Laborbefunde (z.B. Alkoholmarker, Drogenscreening), EKG, Kurztests zur Ermittlung von Hirnleistungsdefiziten (z.B. Trail-Making-Test A und B / Mini-Mental-Status-Test, Uhrentest):

……..
……..
……..
……..
……..

Beurteilung, Diagnosen:

……..
……..
……..
……..

Untersuchungsdatum:

……

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes:

……