

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort/PLZ: _____

Geburts Ort: _____

Pat. Nr.:

Telefon - Nr.: _____

O 130,00 € O 220,00 € O Kostenübernahme
O Bar bez.

O KEINE Brille O Brille:

Kreuzen Sie bitte die zutreffende Untersuchung an:

**Taxi oder Über
Personenbeförderung**

Erstuntersuchung O
Verlängerung O
Über 56 Jahren O

**Fahrlehrer oder
Krankentransport**

Erstuntersuchung O
Verlängerung O
Über 60 Jahren O

Bus

Erstuntersuchung O
Verlängerung O
Über 46 Jahren O

Lkw

Erstuntersuchung O
Verlängerung O

F r a g e n b o g e n :

Leiden sie an ...	Diabetes Mellitus (Zuckerkrankheit)	Nein O	Ja O
	Hypertonie (Bluthochdruck)	Nein O	Ja O
	Herzrhythmusstörungen	Nein O	Ja O
	Hatten Sie schon mal einen Herzinfarkt	Nein O	Ja O
	Epilepsie (Fallsucht / Nervenerkrankung)	Nein O	Ja O
	Psychischen Erkrankungen	Nein O	Ja O
	Lungen Erkrankungen	Nein O	Ja O
	Augen Erkrankungen	Nein O	Ja O
	Parkinson (Nervenerkrankung)	Nein O	Ja O
	Schlaf Apnoe Syndrom (Atem Pause im Schlaf)	Nein O	Ja O
	Nehmen sie Drogen (Cannabis zählt auch dazu)	Nein O	Ja O
	Nehmen sie Medikamente (wenn ja welche?)	Nein O	Ja O
	Erkrankungen des Muskel-Skelett Systems	Nein O	Ja O
	Schwindel und oder Ohnmachtsanfällen	Nein O	Ja O

Urinuntersuchung auf Glucose
negativ O positiv O

Datum/ Unterschrift zur Bestätigung

!!! Wichtig !!!

Die oben genannten Fragen müssen ,wahrheitsgemäß von Ihnen ausgefüllt werden!!!!
Bitte prüfen Sie später Ihre Unterlagen, ob Ihr Name und Ihre Anschrift korrekt sind!!!!
Ich bin über den Preis der Untersuchung informiert und damit einverstanden!!!!