

Wichtig: Bitte, füllen Sie vorliegenden Fragebogen aus und bringen Sie ihn zur ärztlichen Untersuchung mit!

Zuname: Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum: Geburtsort: Nationalregisternummer (fakultativ):

Klasse und/oder Unterklasse des heutigen Führerscheins:

- AM A1 A2 A B B+E C C+E C1 C1+E D D+E D1 D1+E G (A3, A, B, ...)

Ausgestellt in: Nr.: Gültig bis zum:/...../.....

Kandidat für einen Führerschein, gültig für Kraftfahrzeuge der Klasse:

Gegebenenfalls: ° Datum der letzten Untersuchung:

° Name des untersuchenden Arztes:

(*) Gültige Klassen bitte

Vom Kandidaten auszufüllender Fragebogen (Zutreffende Kästchen bitte ankreuzen)		JA	NEIN
1.	Werden oder wurden Sie wegen einer Erkrankung des zentralen oder peripheren Nervensystems, einer Hirnblutung, einer Hirnverletzung, einer Schädelfraktur oder eines Komas behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Werden oder wurden Sie wegen schwerer Störungen Ihres Urteilsvermögens, Ihrer Perzeptibilität, Ihres Anpassungsvermögens oder wegen einer Störung der psychomotorischen Reaktionen behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Werden oder wurden Sie wegen einer Geisteskrankheit oder einer anderen psychiatrischen Störung behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Haben Sie Anpassungsschwierigkeiten, die sich zum Beispiel in einem ungebührlichen Benehmen im Verkehr, einem risikoreichen Verhalten oder einem unkontrollierten Benehmen äußern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Werden oder wurden Sie wegen Epilepsie, Bewußtseinstrübungen, plötzlichen kurzen oder längeren Bewußtseinsverlustes, plötzlicher Lähmungen, Schwindels oder Gleichgewichtsstörungen behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Zeigen Sie tagsüber anormale Ermüdungserscheinungen oder haben Sie anormale Schlafneigungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Schnarchen Sie laut im Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Werden oder wurden Sie wegen einer Herz- oder Gefäßkrankheit, einer Herzrhythmusstörung oder Leitungsstörung, eines Herzinfarktes oder Blutdruckprobleme behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Haben Sie sich einer Herzoperation unterziehen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Können Sie den Arm, eine Hand und/oder Finger, ein Bein und /oder einen Fuß oder die dazugehörigen Gelenke nicht normal gebrauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Werden oder wurden Sie wegen Diabetes behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Werden oder wurden Sie wegen einer Augenkrankheit von einem Augenarzt behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Haben Sie sich einer Augenoperation oder einer Laserbehandlung unterziehen müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ist/sind Ihr Sehvermögen, Ihre Sehschärfe und/oder Ihr Gesichtsfeld beeinträchtigt / eingeschränkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Ist Ihr Sehvermögen im Dämmerlicht oder im Dunkel vermindert oder unzureichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Sind Sie alkohol- oder rauschgiftsüchtig, sind Sie vom übermäßigen Gebrauch von Arzneimitteln abhängig, oder wurden Sie deswegen behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Nehmen Sie Arzneimittel ein, die das Bewusstsein, das Wahrnehmungsvermögen, das Urteilsvermögen oder das normale Funktionieren beeinflussen können, wie zum Beispiel Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Aufputzmittel, Antidepressiva oder andere Psychopharmaka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Leiden Sie an einer Leber- oder Nierenkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Wurde bei Ihnen eine Organtransplantation durchgeführt oder ein künstliches Implantat eingepflanzt, wodurch Ihre Fahreignung möglicherweise beeinflusst werden konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich, der/die Unterzeichnete, erkläre auf Ehre, dass ich die oben erwähnten Auskünfte und den Fragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt habe und dass ich nicht an irgendeiner Krankheit oder einer anderen Erkrankung, die das normale Lenken eines Fahrzeuges einer Klasse der Gruppe 2, - sogar wenn es vorübergehend wäre - verhindern oder beeinträchtigen würde, leide.

Datum:/...../.....

Unterschrift:

Die vom Kandidaten **fakultativ** auszufüllenden Subfragen hinsichtlich der oben beantworteten Fragen 6 und 17

Wenn Sie Frage 6. mit JA beantwortet haben, **kreisen Sie die Ziffer**, die andeutet, wie groß die Chance ist, dass Sie in folgenden Umständen einnicken oder einschlafen würden, ein (0 = nie, 1 = kleine Chance, 2 = ziemlich große Chance, 3 = große Chance).

Sitzen und lesen	0 1 2 3	Fernsehen	0 1 2 3
Beim Sitzen, wenn Sie an einer öffentlichen Stelle untätig sind	0 1 2 3	Beim Sitzen und wenn Sie mit jemandem reden	0 1 2 3
Passagier in einem Wagen während 1 Stunde ohne Unterbrechung	0 1 2 3	Wenn Sie sich nach dem Mittag hinlegen, wenn die Umstände es zulassen	0 1 2 3
Ruhig sitzen nach einem Mittagmahl ohne Alkohol	0 1 2 3	Im Wagen, wenn dieser während einiger Minuten im Verkehr stillsteht	0 1 2 3

Wenn Sie Frage 17. mit 'JA' beantwortet haben, antworten Sie dann auf die nachstehenden Subfragen

	JA	NEIN
° Haben Sie schon mal das Gefühl gehabt, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren müssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
° Werden Sie durch Bemerkungen anderer Leute über Ihren Alkoholkonsum manchmal irritiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
° Haben Sie schon mal wegen Ihres Alkoholtrinkens ein schlechtes Gefühl oder Schuldgefühle gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
° Haben Sie schon mal frühmorgens getrunken, um einen Kater loszuwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Daten die, den Bestimmungen des Königlichen Erlasses vom 23. März 1998 bezüglich des Führerscheins gemäß, in dieses Formular eingetragen werden, werden zur Verwaltung der ärztlichen Untersuchungen im Hinblick auf das Bekommen eines Führerscheins, behandelt werden durch und unter Verantwortung von Liantis EDGS. Zur Einsicht in Ihre Daten und zur Berichtigung der Daten können Sie sich an Liantis EDGS VoG wenden (Adresse siehe liantis.be).