

# Ärztliche Untersuchung nach § 27 (4) Österreichisches Trabrenn Reglement (ÖTR)

über die gesundheitliche Eignung zu Teilnahme an Trabrennen für		
<b>Berufsfahrer</b>	<b>Amateurfahrer</b>	<b>Privatfahrer</b>
<b>Nichtzutreffendes ist zu streichen</b>		
der Antragstellerin / des Antragsteller		
Name		Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Ausweis (Art und Nr.)
Adresse (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)		

Befund			
<b>Größe</b>	cm	<b>Gewicht</b>	kg
<b>Wirbelsäule</b>	beweglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Abschnitt ▶
<b>Atmung</b>	Atmung normal	a ) <input type="checkbox"/> ja b ) <input type="checkbox"/> nein	b.1) Atemnot in Ruhe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Herz/Kreislauf</b>	Blutdruck /	mm Hg	Puls /min <input type="checkbox"/> rhythm. <input type="checkbox"/> arhythm.
<b>Gliedmaßen</b>	Faustschluss seitengleich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beweglichkeit der Arme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beweglichkeit der Beine <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Nervensystem</b>	auffällig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Tremor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	psychisch auffällig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Visus</b>	Gruppe 1 Visus naturalis beidäugig	Visus mit Korrektur: <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	
	Gruppe 2 Visus nat. R L	Visus mit Korrektur: <input type="checkbox"/> Brille R L <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen R L	
	Brillenstärke R: sph	R: cyl	L: sph L: cyl
<b>Gehör</b>	Konversationssprache wird gehört <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Gang</b>	<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> ▶		
<b>Sprache</b>	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> ▶		
<b>Klinischer Gesamteindruck</b>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten:		

Zuweisung zum Facharzt	
<input type="checkbox"/> ja	Zuweisungsgrund ▶
<input type="checkbox"/> nein	
<b>Möglicherweise erforderliche fachärztliche Stellungnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Augen <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Neurologie/Psychiatrie <input type="checkbox"/> Sonstige ▶

Gutachten	
Die/Der Untersuchte ist zur Teilnahme an Trabrennen geeignet.	
<b>Auflage(n)</b>	<input type="checkbox"/> Tragen von Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Tragen einer Brille

<b>Bemerkungen/Begründung/Ergänzende Anamnese:</b>

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

## Sehr geehrte(r) Lizenzwerber(in)!

Sie werden ersucht, den nachstehenden Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen. Sie werden darauf aufmerksam gemacht, dass unwahre Angaben rechtliche Folgen nach sich ziehen können.

--	--	--

Name

Vorname

Geburtsdatum

		ja	nein
Ich leide/litt an	- Schwindelanfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Bewusstseinsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- epileptischen Anfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide an schwerer Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide/litt an einer psychischen Krankheit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe/hatte Probleme mit	- Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Medikamentenmissbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war an einer Nervenabteilung in Behandlung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte Spitalaufenthalte (außer Blinddarmoperation, Mandeloperation, Leistenbruchoperation, Geburt)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zuckerkrank		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe/hatte Bluthochdruck		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe/hatte Herzprobleme/eine Herzkrankheit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe/hatte eine Augenkrankheit/Sehstörung/Schielbehandlung als Kind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trage Kontaktlinsen/Brille		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nachtblind		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trage eine Arm-/Beinprothese		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme regelmäßig Medikamente wegen:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum

Unterschrift