

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

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

| Befund | | | |
|----------------------------------|--|---|--|
| Größe | cm | | Gewicht kg |
| Wirbelsäule | beweglich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Abschnitt ▶ |
| Atmung | 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.2) bei Anstrengung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herz/Kreislauf | Blutdruck / | mm Hg | Puls /min <input type="checkbox"/> rhythm. <input type="checkbox"/> arhythm. |
| Gliedmaßen | 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 |
| Nervensystem | 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 |
| Visus | 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 |
| Gehör | Konversationssprache wird gehört <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | |
| Gang | <input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> ▶ | | |
| Sprache | <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> ▶ | | |
| Klinischer Gesamteindruck | <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten: | | |

| Zuweisung zum Facharzt | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ja | Zuweisungsgrund ▶ |
| <input type="checkbox"/> nein | |
| Möglicherweise erforderliche fachärztliche Stellungnahmen | <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. | |
| Auflage(n) | <input type="checkbox"/> Tragen von Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Tragen einer Brille |

| |
|--|
| Bemerkungen/Begründung/Ergänzende Anamnese: |
| |

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