



Hausarztpraxis
Bovenden

Dr. med. Christof Hornig
Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie
Sportmedizin, Notfallmedizin,
Naturheilverfahren

Dr. med. Cornelia-Carmen Sturhan
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Fragebogen zur „Führerschein-Untersuchung“

von Bewerbern um eine Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E oder der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenwagen oder Personenkraftwagen im Linienverkehr oder bei gewerbsmäßigen Ausflugsfahrten oder Ferienziel-Reisen nach § 11 Abs. 9 und § 48 Abs. 4 und 5 der Fahrerlaubnis-Verordnung

1. Personalien

Familienname, Vorname

Geburtsdatum

2. Haben Sie die Fahrfähigkeit einschränkende Krankheiten oder Unfälle durchgemacht?

nein

falls ja, welche:

3. Leiden Sie unter die Fahrfähigkeit einschränkende Behinderungen?

nein

falls ja, welche:

4. Leiden Sie unter Herz/Kreislaufstörungen oder Erkrankungen des Herz/Kreislauf-Systems?

nein

falls ja, welche:

5. Leiden Sie unter Stoffwechselkrankheiten wie z. B. Diabetes mellitus?

nein

falls ja, welche:

6. Sind bei Ihnen Krankheiten des Nervensystems bekannt (z. B. Epilepsie, Schlaganfall)?

nein

falls ja, welche:

Rathausplatz 18
37120 Bovenden
Telefon (0551) 8 37 87
Fax (0551) 8 20 52 88
www.hausarztpraxis-bovenden.de

Öffnungszeiten
Mo–Fr 8.00–12.30
Mo/Di/Do 15.30–18.00

Kontoverbindung
IBAN: DE82 2605 0001 0056 0255 13
BIC: NOLADE21GOE

verbleibt nach Scan beim Patienten

7. Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen (z. B. Alkohol, Drogen, Arzneimittel) ?

- nein
- falls ja, welche:

08. Haben Sie Probleme mit dem Gehör oder Gleichgewicht oder tragen Sie ein Hörgerät?

- nein
- falls ja, welche:

14. Leiden Sie unter Erkrankungen mit erhöhter Tagesschläfrigkeit (z.B. Schlafstörungen – Schlaf-Apnoe-Syndrom)?

- nein
- falls ja, welche:

Wichtiger Hinweis:

Die Kosten für eine Führerschein-Untersuchung sind von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse ausgenommen. Diese Untersuchung ist somit kostenpflichtig und privat zu bezahlen.

Ich wünsche durch die behandelnden Ärzte der „Hausarztpraxis Bovenden“, Herrn Dr. Hornig und Frau Dr. Sturhan, die nachfolgend genannten Leistungen gemäß GOÄ §5 in Anspruch zu nehmen. Es ist mir bekannt, dass die Krankenkasse, bei der ich versichert bin, eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt und vertraglich sichergestellt hat. Ich wünsche dennoch die nachfolgend aufgeführten Leistungen. Ich weiß, dass diese Leistungen nicht erstattungsfähig sind und dass der genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist. Gegenüber meiner Krankenkasse habe ich daher keinen Erstattungsanspruch.

Die Kosten habe ich der rechten Spalte entnommen.

Leistungsbeschreibung	Betrag (EUR)
Führerscheinuntersuchung mit Urinuntersuchung, Hörtest und Bescheinigung GOÄ 1, 8, 75, 3511, 1407 (Faktor 1,589)	75,00

.....
Datum, Unterschrift