



Ärztliche periodische Kontrolluntersuchung (Art. 27 VZV)

Kunden-Nr.:		Vorname/Name:	
Geb.-Datum:		Adresse:	
Führerausweis:	<input type="checkbox"/> 1. Gruppe	<input type="checkbox"/> 2. Gruppe	<input type="checkbox"/> 3. Gruppe (Erklärung siehe Punkt 6)

Durch den Arzt auszufüllen:

- 1. Gesicht**
- | | | |
|--------------------|--------------|-------------|
| Visus unkorrigiert | rechts | links |
| Visus korrigiert | rechts | links |
| Gesichtsfeld | rechts | links |

Bemerkungen:

- 2. Spezialärztliche Untersuchungen notwendig** Ja Nein

Wenn ja, Grund:

- 3. Kontrollfahrt notwendig** Ja Nein

Wenn ja, Grund:

- 4. Wiederholung der Untersuchung** gem. Art. 27 VZV verkürzt, alle Jahre

1. + 2. Gruppe: bis 50-jährig alle 5 Jahre
ab 50-jährig alle 3 Jahre
3. Gruppe: ab 70-jährig alle 2 Jahre

- 5. Zukünftige Untersuchung durch** Vertrauensarzt Hausarzt

- 6. Aus med. Sicht fahrtauglich für**
- 1. Gruppe (Kat. D)
 - 2. Gruppe (Kat. C, C1, D1, Code 121, Fahrlehrer I, II, IV)
 - 3. Gruppe (Kat. A, B, A1, B1, F, G, M, Fahrlehrer III)

Zusätzliche Bemerkungen (bitte leserlich und med. Fachausdrücke vermeiden):

.....
.....

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes