



Bemerkungen des Arztes zu:

Familienanamnese: (Geisteskrankheit, Alkoholismus, Diabetes, andere Stoffwechselkrankheiten, Hypertonie / Herzkrankheiten, Epilepsie, Glaukom)

Soziales:

Zwischenanamnese:

Freizeit- bzw. Gesundheitsverhalten:

Persönliche Anamnese (nur bei Erstuntersuchung):

Ausführliche Berufsanamnese (nur bei Erstuntersuchung):



Medizinische Tauglichkeitsuntersuchung für die Zulassung zu sicherheitsrelevanten Tätigkeiten im Eisenbahnbereich

(Formular verbleibt beim untersuchenden Arzt)

Bewerber Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Untersuchung: <input type="checkbox"/> Erste Untersuchung <input type="checkbox"/> Periodische Untersuchung <input type="checkbox"/> Ausserordentliche Untersuchung	Anforderungsstufe: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Grösse: Gewicht: BMI:	Blutdruck: - systolisch: - diastolisch:	Ruhepuls: - Frequenz: - Rhythmus:	
Klinische Untersuchung:	Normal	Abnormal		Normal	Abnormal
1) Kopf, Hals, Schilddrüse			8) Verdauungsorgane, Abdomen; Nieren		
2) Mundhöhle, Rachen, Nase			9) Extremitäten		
3) Ohren, Trommelfell			10) Rücken		
4) Augen (Pupillen, Beweglichkeit, Nystagmus)			11) Nervensystem		
5) Lunge, Thorax			12) Psyche		
6) Herz			13) Haut		
7) Gefässsystem			14) Lymphknoten		
			15) Gesamteindruck		

Bemerkungen: (Pathologische Befunde, Kommentare) (Rückseite verwenden)

Sehschärfe: Anforderungen erfüllt?* ja nein **Brille**:** ja nein **Kontaktlinsen** ja nein

Fernvisus unkorrigiert:	Rechtes Auge	Linkes Auge	Beide	Nahvisus unkorrigiert:	Rechtes Auge	Linkes Auge	Beide		
korrigiert:				korrigiert:					
Brille	sph	zyl	sph	zyl	Brille	sph	zyl	sph	zyl

*Nach Anhang 3 zur Richtlinie medizinische Tauglichkeitsuntersuchungen
Farbensinn: Anforderungen erfüllt?* ja nein
**Maximum für Korrekturgläser siehe Anhang 3 der Richtlinie (Farbsinn-Test in der Regel nur bei Erstuntersuchung)

Ishihara Tafeln (24 Tafel-Version) (Farbtest bestanden, falls die ersten 15 Tafeln rasch, ohne Zögern, fehlerfrei gelesen werden) Alle 15 Tafeln zweifelsfrei richtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	2. Farbensinn-Test: Welcher? (Velhagen oder Farnsworth) Hinweis für Farbsinnstörung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesichtsfeld erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

* Nach Anhang 3 zur RL med Tauglichkeitsuntersuchungen

Gehör: Anforderungen erfüllt?* ja nein **Weitere Untersuchungen:**

Hz	500	1000	2000	3000	4000		Normal / negativ	Abnormal / positiv
rechts						Ruhe-EKG		
links						Labor-Chemie ¹		
Bemerkungen:						Hb, diff. Blutbild		
						Harnanalyse (Teststreifen)		
						Drogentest ²		

*Gemäss Anhang 3 zur Richtlinie medizinische Tauglichkeitsuntersuchungen

¹ Bei Bedarf

² Nur bei Erstuntersuchung / bei Verdacht auf Drogenkonsum

Zusätzliche Untersuchungen (nur bei spezieller Indikation):

Art der Untersuchung	Normal	Abnormal	Bemerkungen

Diagnosen / Bemerkungen:

(Beurteilung der Tauglichkeit / Einschränkungen / Bedingungen sind in Formular ‚Anhang 2‘ einzutragen)

Datum, Stempel, Unterschrift des untersuchenden Arztes/Ärztin: