



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Gunda Harnisch &

Dr. med. Lars Harnisch, M.D.O. (DGCO)

Allgemeinmedizin – Chirotherapie – Akupunktur

Amerikanische Chiropraktik – Ärztliche Osteopathie

Betriebsmedizin – Reisemedizin – Gelbfieberimpfstelle

Fragebogen - Führerscheinuntersuchung

<u>Name/Vorname:</u>	<u>Geb.:</u>
<u>Straße, Hausnummer:</u>	<u>PLZ, Ort:</u>

	Ja	nein
Erkrankungen des Herzens		
Hatten Sie einen Herzinfarkt?		
Herzrasen mit Schwindel		
Anfälle mit Brustenge		
Rhythmusstörungen		
Leiden Sie unter Bluthochdruck?		
Lungen- und Bronchialerkrankungen		
Atemnotanfälle		
Asthmaanfälle		
Zustände mit Bewusstlosigkeit/Bewusstseinsbeeinträchtigungen		
Epilepsie		
Durchgemachter Schlaganfall		
Sonstiges:		
Schlaf-Apnoe		
Schnarchen Sie?		
Haben Sie Atemaussetzer oder berichtet der Lebenspartner davon?		
Leiden Sie unter Tagmüdigkeit?		
Hatten Sie schon einmal einen Sekundenschlaf auf Arbeit oder am Steuer?		
Haben Sie Diabetes?		
Hatten Sie schon Unterzuckerungen		
Nierenerkrankungen		
Nierenversagen		
Lebererkrankungen		
Leberentzündungen		
Leberzirrhose		

	ja	nein
Psyche		
Leiden Sie unter Panikattacken		
Depressionen		
Selbstmordgedanken		
Bekannte psychiatrische Erkrankungen		

Besitzen Sie einen Behindertenausweis?		
Augenerkrankungen		
Grüner Star		
Grauer Star		
Netzhautablösung		
Netzhautblutung		
Ohrenerkrankungen		
Schwindelattacken		
Schwerhörigkeit		
Heuschnupfen/Allergien		
Nikotin?		
Wieviel?		
Alkohol?		
Wieviel?		
Drogen?		
Welche?		
Erkrankungen Gelenke/Wirbelsäule		
Bandscheibenvorfälle		
Hüftarthrose		
Kniearthrose		
Sonstige Erkrankungen?		
Regelmäßige Medikamente:		

Rödental, den ...

.....
 Unterschrift Patient
 Erziehungsberechtigte/r

.....
 Unterschrift Arzt



Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Gunda Harnisch &

Dr. med. Lars Harnisch, M.D.O. (DGCO)

Allgemeinmedizin – Chirotherapie – Akupunktur

Amerikanische Chiropraktik – Ärztliche Osteopathie

Betriebsmedizin – Reisemedizin – Gelbfieberimpfstelle

Fragebogen - Tagschläfrigkeit

(Epworth Sleepiness Scale, Murray W. Johns, 1991)

<u>Name/Vorname:</u>	<u>Geb.:</u>
<u>Straße, Hausnummer:</u>	<u>PLZ, Ort:</u>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr normales Alltagsleben in der letzten Zeit: Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie in einer der folgenden Situationen einnicken oder einschlafen würden- sich also nicht nur müde fühlen?

- 0 = würde niemals einnicken
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken

Situation	0	1	2	3
im sitzen lesend				
Beim Fernsehen				
Wenn Sie passiv (als Zuhörer) in der Öffentlichkeit sitzen (z.B. Theater, Sitzung)				
Als Beifahrer im Auto während einer einstündigen Fahrt ohne Pause				
Wenn Sie sich nachmittags hingelegt haben, um auszuruhen				
Wenn Sie sitzen und sich mit jemanden unterhalten				
Wenn Sie nach dem Mittagessen (ohne Alkohol) ruhig dasitzen				
Wenn Sie als Fahrer eines Autos verkehrsbedingt einige Minuten halten müssen				
Summe: (bitte nicht ausfüllen)				

Rödental, den ...

.....
Unterschrift Patient

.....
Unterschrift Arzt