



STRASSENVERKEHRSAMT DES KANTONS GRAUBÜNDEN
UFFIZI PER IL TRAFFIC SIN VIA DAL CHANTUN GRISCHUN
UFFICIO DELLA CIRCOLAZIONE DEL CANTONE DEI GRIGIONI

Ringstrasse 2, 7001 Chur
Telefon: 081 257 80 32
Fax: 081 257 80 29
Email: fuehrerzulassung@stva.gr.ch
Website: www.stva.gr.ch

Ärztliches Zeugnis über die Eignung (für den Arzt bestimmt)

- als Motorfahrzeugführer der Gruppe _____
- als Führer von Fahrzeugen, für die ein Führerausweis nicht erforderlich ist
- als Verkehrsexperte

Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

A. Wichtige anamnestische Angaben

B. Befunde

1 Allgemeine Körperbeschaffenheit (Konstitutionstyp)

11 Grösse (ohne Schuhe): _____ Gewicht (ohne Kleider): _____

12 Der Bewerber macht den Eindruck eines gesunden kranken Menschen

2 Nervensystem

Reflexe: _____ Athetose: _____

Lage- und Gleichgewichtssinn: _____

Geistig-psychische Veränderungen: _____

3 Gesicht

31 Sehschärfe: rechts unkorrigiert: _____ korrigiert: _____

links unkorrigiert: _____ korrigiert: _____

32 Farbensinn: _____

33 Gesichtsfeld rechts: _____ links: _____

34 Augenkrankheiten oder -anomalien: _____

35 Einäugigkeit: _____ angeboren _____ unfallbedingt _____

krankheitsbedingt _____

4 Gehör

- 41 Konversationssprache rechts: _____ links: _____
42 Krankheiten des Innen- oder Mittelohres: _____

5 Brustkorb und Wirbelsäule

Missbildungen, Deformitäten, Versteifungen: _____

6 Atmungsorgane

- 61 Obere und untere Luftwege: _____
62 Lungen: _____

7 Herz und Gefäße

- 71 Herzgrenzen (rel. Dämpfung, Spitzenstoss): _____
72 Herztöne, evtl. Geräusche: _____
73 Herzfrequenz in Ruhe: _____
nach zehn Kniebeugen: _____
Erholungszeit: _____
74 Blutdruck (systolisch und diastolisch): _____

8 Bauch- und Stoffwechselorgane

- 81 Verdauungsorgane: _____
82 Urogenitalorgane (nur 1. und 2. Gruppe bei entsprechenden Verdachtsmomenten) und Urinuntersuchung auf Eiweiss und Zucker: _____

83 Endokrines System: _____
84 Hernien, Prolaps: _____

9 Gliedmassen

- 91 Defekte, Verstümmelungen: _____
92 Funktionsstörungen: _____

10 Überweisung an spezialärztliche Untersuchung

Nein Ja

Ort und Datum der Untersuchung:

Unterschrift des Arztes:
