



## Medizinische Tauglichkeitsuntersuchung für die Zulassung zu sicherheitsrelevanten Tätigkeiten im Eisenbahnbereich

(Formular verbleibt beim untersuchenden Arzt)

### Anhang 1: Richtlinie Med BAV

Untersuchung: <input type="checkbox"/> Erste Tauglichkeitsuntersuchung <input type="checkbox"/> Periodische Untersuchung <input type="checkbox"/> Ausserordentliche Untersuchung		<b>Von der antragstellenden Person auszufüllen</b> <b>Vertraulich</b>			
Familienname:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Beruf:		Wohnadresse:	
Arbeitgeber: seit wann?		Gegenwärtige Tätigkeit:  Anstellung (in %):		Letzte bahnärztliche Untersuchung:  Datum: Untersuchender Arzt:	
Wurden Sie jemals als untauglich zum Führen von Triebfahrzeugen/für sicherheitsrelevante Tätigkeiten bezeichnet? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja:      Datum:                      Untersuchender Arzt:                      Einzelheiten:					
Bestehen bei Ihnen gesundheitliche Störungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: Welche?			Kam es seit der letzten Untersuchung/Testung zu Unfällen oder gesundheitlichen Problemen im Zusammenhang mit der Arbeit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: Einzelheiten		
Haben Sie in den letzten 5 Jahren an einer Krankheit gelitten oder Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen erlitten, die einen Spitalaufenthalt und/oder einen operativen Eingriff nötig machten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: Welche?			Waren Sie in den letzten 5 Jahren jemals länger als 4 Wochen arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann Ja: Wann, weshalb?		
Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: Medikament(e), Dosis, seit wann, Grund:			Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Exraucher(in) seit: <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: Was, wie viel:		
Nehmen Sie alkoholische Getränke ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja: Was, wie viel und wie häufig pro Woche?			Nehmen oder nahmen Sie irgendwelche Rauschgifte, Drogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wann zuletzt? Welche? Wie häufig?		

**Trifft oder traf bei Ihnen jemals folgendes zu? (Bitte jede Frage mit ja oder nein beantworten; wenn ja, bitte bei ‚Bemerkungen‘ präzisieren):**

	ja	nein		ja	nein		ja	nein		ja	nein
Augenerkrankung/ Augenoperation			Schlafapnoesyndrom			Herz- oder Kreislaufkrankheit			Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)		
Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Bewusstlosigkeit			Psychische Störungen			Magen / Darmerkrankungen			Krebskrankheit		
Schlafstörungen			Entzugsbehandlung wg. Alkohol-, Drogen, Medikamentenmissbrauch			Taubheit / Ohrenerkrankung			Chronisches Nierenleiden		
Epilepsie, Anfälle, Lähmungen			Asthma od. Lungenerkrankung			Blutkrankheit (z.B. Anämie)			Frauen: Sind Sie schwanger?		

**Bemerkungen:**

Hiermit erkläre ich, dass ich obige Angaben sorgfältig ausgefüllt und weder wichtige Informationen verschwiegen noch falsche Angaben gemacht habe.

Ort, Datum:

Unterschrift des Antragsstellers / der Antragstellerin



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:

<b>Untersuchung:</b> <input type="checkbox"/> Erste Untersuchung <input type="checkbox"/> Periodische Untersuchung <input type="checkbox"/> Ausserordentliche Untersuchung	<b>Anforderungsstufe:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<b>Grösse:</b> <b>Gewicht:</b> <b>BMI:</b>	<b>Blutdruck:</b> - systolisch: - diastolisch:	<b>Ruhepuls:</b> - Frequenz: - Rhythmus:	
<b>Klinische Untersuchung:</b>	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

<b>Fernvisus</b> unkorrigiert:	Rechtes Auge	Linkes Auge	Beide	<b>Nahvisus</b> unkorrigiert:	Rechtes Auge	Linkes Auge	Beide		
korrigiert:				korrigiert:					
Brille	sph	zyl	sph	zyl	Brille	sph	zyl	sph	zyl

\*Gemäss Anhang 3 zur Richtlinie medizinische Tauglichkeitsuntersuchungen

\*\*Maximum für Korrekturgläser siehe Anhang 3 der Richtlinie (Farbsinn-Test in der Regel nur bei Erstuntersuchung)

**Farbenninn:** Anforderungen erfüllt?\*  ja  nein

**Ishihara Tafeln** (24 Tafel-Version)  
(Farbtest bestanden, falls die ersten 15 Tafeln rasch, ohne Zögern, fehlerfrei gelesen werden)  
Alle 15 Tafeln zweifelsfrei richtig?  ja  nein

**2. Farbenninn-Test:**  
**Welcher?** (Velhagen oder Farnsworth)  
Hinweis für Farbsinnstörung?  ja  nein

\* Gemäss 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 <sup>1</sup>		
links						Labor-Chemie <sup>2</sup>		
Bemerkungen:						Hb, diff. Blutbild		
						Harnanalyse (Teststreifen)		
						Drogentest <sup>3</sup>		

\*Gemäss Anhang 3 zur Richtlinie medizinische Tauglichkeitsuntersuchungen

<sup>1</sup> Anforderungsstufe 2: Nur bei Erst-Untersuchung sowie ab 50. Lebensjahr

<sup>2</sup> Transaminasen, Kreatinin, BZ; bei Bewerbern: + Gesamtcholesterin, HDL

<sup>3</sup> Nur bei Erstuntersuchung oder 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: