

Anmeldeformular – Verkehrsmedizinische Untersuchung (IGeL)

Hausarztpraxis Sondermann Ciobanu

1. Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse (optional): _____

2. Angaben zur Fahrerlaubnis

☐ LKW (C / CE)

☐ Bus (D / DE)

☐ Taxi / Mietwagen (Personenbeförderungsschein)

☐ Sonstige: _____



3. Medizinische Angaben

Bestehen aktuell oder bestanden relevante Erkrankungen?

☐ Nein

☐ Ja

Falls ja, bitte erläutern:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Nein

☐ Ja

Falls ja, welche:

4. Erklärung

Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und nach bestem Wissen wahrheitsgemäß sind.
Mir ist bekannt, dass es sich bei der verkehrsmedizinischen Untersuchung um eine
Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) handelt, deren Kosten nicht von der gesetzlichen
Krankenversicherung übernommen werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient/in: _____

