

# Muster-Fragebögen für die MPU

## Angaben zur Person

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Schulabschluss	
Aktuelle Berufstätigkeit	
Arbeitslos?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
Familienstand	
Anzahl der Kinder	

Schildern Sie bitte in eigenen Worten, wie Sie einen normalen Wochentag verbringen und wie Sie üblicherweise ein Wochenende gestalten (Beruf, Freizeit, Hobbys).

--

## Fragen zum Gesundheitszustand

Haben Sie eine Schwerbehinderung? Grad der Behinderung _____ % seit _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Befinden Sie sich regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Seit _____ wegen _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Name und Dosis: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie derzeit vorübergehend Medikamente ein? Name und Dosis: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in den vergangenen sechs Monaten Schmerzmittel genommen? Name und Dosis: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie in den vergangenen zwölf Monaten Beruhigungs-, Schlaf- oder Aufputschmittel genommen? Name und Dosis: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie bei Ihrer Berufstätigkeit Kontakt mit gesundheitsschädlichen Stoffen oder Arbeitsbedingungen? Mit _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen?		
Häufige Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Häufige Kopfschmerzen oder Migräne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darm-Beschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz-Kreislauf-Beschwerden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Erkrankungen _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie erhöhte Blutfettwerte?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Ihre Leberwerte erhöht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie den Kopf, die Arme und die Beine frei bewegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Können Sie ungehindert gehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Hörvermögen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist Ihr Sehvermögen eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Benutzen Sie eine Sehhilfe? Seit _____ <input type="checkbox"/> zum Lesen <input type="checkbox"/> zum Autofahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen bleibenden Schaden von einem Unfall oder einer Erkrankung davongetragen? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Fragen zum Konsum von Genussmitteln

Trinken Sie regelmäßig koffeinhaltigen Kaffee? _____ Tassen pro Tag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Zigarette/n <input type="checkbox"/> Zigarre/n <input type="checkbox"/> Pfeife _____ pro Tag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie alkoholische Getränke? <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Wein/Sekt <input type="checkbox"/> Spirituosen <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie regelmäßig (öfter als viermal pro Woche)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag? _____		
Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche? _____		
Warum trinken Sie keinen Alkohol? _____		

### Fragen zur Fahrerlaubnis und zum Fahrverhalten

Wann und in welchen Klassen haben Sie erstmals eine Fahrerlaubnis erworben?
Wurden Sie bereits mit einem Fahrverbot belegt? Wenn ja, wann und weswegen?
Wurde Ihnen bereits die Fahrerlaubnis entzogen? Wenn ja, wann und weswegen?
Wurde Ihnen nach dem Entzug wieder eine Fahrerlaubnis erteilt? Wenn ja, wann?

Haben Sie derzeit eine gültige Fahrerlaubnis? Wenn ja, in welchen Klassen?
Wie viele Kilometer sind Sie in den vergangenen zwölf Monaten gefahren (bzw. in den zwölf Monaten vor dem Entzug der Fahrerlaubnis)?
Hatten Sie als Führer eines Fahrzeugs bereits Verkehrsunfälle?
Wurden Sie bereits mit Bußgeldern oder gerichtlichen Strafen belegt? <input type="checkbox"/> Fahren unter Einfluss von Alkohol <input type="checkbox"/> Fahren ohne Fahrerlaubnis <input type="checkbox"/> überhöhte Geschwindigkeit <input type="checkbox"/> unerlaubtes Entfernen vom Unfallort <input type="checkbox"/> Missachtung der Vorfahrt <input type="checkbox"/> Missachtung von Rotlicht <input type="checkbox"/> Mängel am Fahrzeug <input type="checkbox"/> Verletzung der Versicherungspflicht
Gab es sonstige Verkehrsverstöße? Wenn ja, welche?
Sind derzeit verkehrs- oder strafrechtliche Verfahren gegen Sie anhängig oder in den vergangenen drei Monaten abgeschlossen worden? Wenn ja, weswegen?
Haben Sie sich bereits einer medizinisch-psychologischen Untersuchung unterzogen? Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?
Wie würden Sie Ihren Fahrstil und Ihr Verhalten im Straßenverkehr beschreiben?
Wie wollen Sie sich künftig im Straßenverkehr verhalten?

### Fragen bei einer Alkoholproblematik

Wie viele Gläser Alkohol hatten Sie vor der Fahrt getrunken, die der Anlass der heutigen MPU ist? (1 Glas Bier = 0,2l, 1 Glas Wein/Sekt = 0,1l, 1 Glas Schnaps = 0,02l)	_____ Gläser
Haben Sie Auswirkungen des Alkoholkonsums wahrgenommen? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fühlten Sie sich in Ihrer Fahrtüchtigkeit beeinträchtigt? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie lang war Ihre geplante Fahrt?	_____ km
Nach wie vielen Kilometern endete Ihre Fahrt?	_____ km
Endete die Fahrt durch einen Unfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Welcher Promillegehalt wurde ermittelt?	_____ o/oo
Gab es bereits vorher Auffälligkeiten im Straßenverkehr unter Alkoholeinfluss? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde bei Ihnen eine Abhängigkeit festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie bereits in einer Fachklinik eine Entwöhnungs- oder Entgiftungskur gemacht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Waren Sie bei Treffen einer Selbsthilfegruppe?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wurde Ihnen der vollständige Verzicht auf Alkohol nahegelegt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie lange liegt Ihr letzter Alkoholkonsum zurück?	_____ Wochen
Gab es eine Lebensphase, in der Sie vermehrt Alkohol getrunken haben? _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja