

# Antragsformular IDC Tageslizenz



Klasse: \_\_\_\_\_

Wunsch Startnr.: \_\_\_\_\_

Sind Sie in den letzten 3 Jahren im Besitz einen Renn Lizenz gewesen und so ja welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 3 Jahren Rennen gefahren und so ja welche: \_\_\_\_\_

Name Fahrer: \_\_\_\_\_

Sponsorname: \_\_\_\_\_

Motormarke: \_\_\_\_\_

Motortyp: \_\_\_\_\_

Transpondernr: \_\_\_\_\_

Warnung in besonderen Fällen: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Antragsteller: \_\_\_\_\_

## Medizinische Umfrage Formular

Fragen wahrheitsgemäß beantworten

	ja	nein
Sind Sie in diesem moment oder in den letzten 2 Jahren unter Behandlung durch einen Arzt oder Physio gewesen? Wenn ja wofür?		
Haben Sie in diesem moment gesundheitlicher Beschwerden?		
Verwenden Sie in diesem moment Medikamente und wenn so welche?		
Sind Sie allergisch auf Medikamente und wenn so welche?		
Litten Sie in diesem moment an Epilepsie, oder leidet unter schweren Hyperventilation, Ohnmacht, Angriffe von abnorme Schläfrigkeit oder andere Störungen des Bewusstseins?		
Litten Sie in diesem moment oder haben sie gelitten an Gleichgewichtsstörung oder litten Sie an Schwindligkeit?		
Sind Sie in Behandlung oder waren Sie unter Behandlung für eine psychiatrische Störung, eine Erkrankung des Gehirns oder eine Krankheit des Nervensystems?		
Machen Sie Missbrauch oder haben Sie Missbrauch gemacht an Alkohol, Medikamenten, Drogen oder andere bewusstseinsverändernde Rauschmittel oder sind Sie jemals zuvor untersucht worden oder unter medizinischer Behandlung hiervoor gewesen?		
Sind Sie in Behandlung oder sind Sie unter Behandlung gewesen für innere Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, erhöht Blutdruck, Nierenerkrankungen und Lungenerkrankung oder haben Sie ein Herz oder Gefäßchirurgie?		
Haben Sie Behinderungen, damit normale Benutzung ein Bein oder Fuß, Arm oder Hand oder zugehörigen Gelenk begrenzt oder nicht vorhanden ist?		
Haben Sie ein eingeschränkter Sehkraft von einem oder beiden Augen, auch wenn Sie Brille oder Kontaktlinsen verwenden?		
Verwenden Sie Medikamente entsprechend der Packungsbeilage die Fahrtüchtigkeit beeinflussen können wie Schlaftabletten, Beruhigungsmittel Antidepressiva Ressourcen und solche aufregenden Antipsychotische Medikamente?		

### Beachten Sie:

**Absichtliche tun von falschen Angaben ermöglicht Ausschluss der Teilnahme.**

**Wenn Sie 1 oder mehr Fragen mit "Ja" beantwortet haben bitte unten diese Fragen erklären.**


Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit Ja ausgefüllt haben, kann eine ärztliche Untersuchung durch einen Arzt erforderlich sein. Sie erhalten dann schriftlich eine Benachrichtigung.

Wahrheitsgemäß ausgefüllt:

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_