

**Protokoll der ärztlichen Untersuchung / der Blutentnahme**

Name:..... Vorname:..... geb.:..... Gewicht:..... kg  
Grösse:..... cm

Datum und Zeitpunkt des Ereignisses: am..... um..... Uhr  
Datum und Zeit der Blutentnahme: am..... um..... Uhr Anzahl Röhrchen ..... à ..... mL  
Datum und Zeit der Urinasservierung: am..... um..... Uhr ..... mL

Blutentnahme unter Zwang  Blutentnahme verweigert  Urinasservierung verweigert

**Angaben über Alkoholkonsum**

**Angaben über Drogen/Medikamentenkonsument**

**vor** dem Ereignis: was: wie viel: wann:  
von..... bis (Trinkende):.....  
was und wieviel:.....  
.....

**nach** dem Ereignis: was: wie viel: wann:  
von..... bis (Trinkende):.....  
was und wieviel:.....  
Substitutionsprogramm:.....

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass die Blutprobe mit absolut alkoholfreien Instrumenten vorgenommen wurde und dass die Hautdesinfektion ohne Alkohol, sondern mittels ..... erfolgte

Ort: Name und Unterschrift der mit der Blutentnahme beauftragten Person:  
.....

**Ärztlicher Untersuchungsbefund** (bei Fahren unter Drogen- und/oder Medikamenteneinfluss obligatorisch)

Alkoholgeruch (Foetor aethylicus):  ja  nein  
Sprache :  unauffällig  verwaschen  lallend  
Gleichgewicht/ Romberg:  sicher  leicht/  stark schwankend  unmöglich  
Motorik/Pupillen: Strichgang:  sicher  leicht/  stark schwankend  unmöglich  
Finger-Finger-Probe:  sicher  unpräzise  unmöglich  
Nystagmus:  keiner  Blickrichtungs-  Endstell-  
Pupillen:  mittelweit  weit  eng  
Pupillenreaktion:  prompt  verzögert

Psyche: Verhalten:  adäquat  .....  
Orientierung:  erhalten  gestört  
Bewusstsein:  klar  getrübt  benommen/somnolent  
Affektivität:  normal  dysphorisch  aggressiv  
 heiter  euphorisch  depressiv verstimmt  
Auffassung:  normal  gestört  
Gedächtnisstörungen: Amnesie:  anterograd  retrograd  Merkfähigkeitsstörungen  
vegetative Symptome:  Tremor  Schwitzen  Frieren  
 Rhinorrhoe  Piloarreaktion  Diarrhoe

keine Kooperation

**Bemerkungen** (Besondere Beobachtungen, vorbestehende Erkrankungen, Injektionseinstichstellen, usw.)  
.....  
.....

**Einschätzung des Arztes/der Ärztin**

**Alkoholeinwirkung:**  nicht merkbar  leicht  deutlich  
**Drogen/Medikamenteneinwirkung:**  nicht merkbar  leicht  deutlich  
**Müdigkeit:**  nicht merkbar  leicht  deutlich

Name und Unterschrift des/der untersuchenden Arztes/Ärztin:.....