

An den
Fahrlehrerverband

Name der Fahrschule / Stempel
Name Fahrlehrer/Fahrlehrerin in der Behinderten-Ausbildung
Name Fahrlehrer/Fahrlehrerin in der Behinderten-Ausbildung

Zweigstelle/n mit Behindertenausbildung / Stempel
Name Fahrlehrer/Fahrlehrerin in der Behinderten-Ausbildung

Zweigstelle/n mit Behindertenausbildung / Stempel
Name Fahrlehrer/Fahrlehrerin in der Behinderten-Ausbildung

Ansprechpartner der Fahrschule

Telefon des Ansprechpartners

Email des Ansprechpartners

Fax des Ansprechpartners

Homepage des Ansprechpartners

Die Datenerhebung dieses Fragebogens dient dazu, einen Überblick über die Behinderten-Ausbildung in deutschen Fahrschulen zu erhalten. Die Daten werden im Fahrlehrerverband und in der Bundesvereinigung der Fahrlehrerverbände ausgewertet und bei Anfragen insbesondere von Behinderten weiter gegeben.

Mit dieser Datenerhebung wollen wir einerseits helfen, dass behinderte Menschen verlässliche Angaben über Behinderten-Fahrschulen erhalten und andererseits die Fahrschulen ihre Leistungen zielgerichtet anbieten können.

Ich/wir sind damit einverstanden, dass diese Daten im Rahmen der Fahrlehrerverbände und der Bundesvereinigung der Fahrlehrerverbände im genannten Sinne verwendet werden.

Datum

Unterschrift

1. In meiner/unseren Fahrschule besteht die Möglichkeit Behinderte auszubilden!

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Nein Wenn Sie die Frage mit „nein“ beantwortet haben, hat sich für Sie die Anfrage erledigt.
Ja Bitte weiter mit Frage 2

2. In meiner/unseren Fahrschule steht ständig ein geeignetes Schulungsfahrzeug zur Verfügung!

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Nein Bitte weiter mit Frage 4
Ja Bitte weiter mit Frage 3

3. Welche Schulungsfahrzeuge haben Sie in Ihrer Fahrschule ständig zur Verfügung?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- | | Ja | Nein |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| behindertengerechter PKW | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| behindertengerechtes Motorrad/Roller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Steht Ihrer Fahrschule bei Bedarf ein geeignetes Schulungsfahrzeug zur Verfügung?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Nein Bitte weiter mit Frage 6
Ja Bitte weiter mit Frage 5

5. Welches Schulungsfahrzeuge steht Ihrer Fahrschule bei Bedarf zur Verfügung?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ein behindertengerechter PKW | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ein behindertengerechtes Motorrad/Roller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Kann Ihre Fahrschule nur auf einem behindertengerechten Fahrzeug des Schülers/der Schülerin ausbilden?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Nein
Ja

7. Über welche technische Ausstattungen verfügt bzw. verfügen das/die von Ihnen verwendete/n Schulungsfahrzeug/Schulungsfahrzeuge?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Kraftübertragung

		Ja	Nein
Automatisches Getriebe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automatische Kupplung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lenkung

		Ja	Nein
Servolenkung	normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servolenkung	(modifiziert) 10 N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlängerte Lenksäule		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstellbares Lenkrad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drehknopf am Lenkrad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenkgabel, Dreizack o. ä.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joy-Stick-Lenkung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielles Lenksystem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angaben zum System unbedingt erforderlich:			

Handgeräte zur beinlosen Bedienung von Gas und Bremse

		Ja	Nein
Handgerät für Gas und Bremse	links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gasring	mechanisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	elektronisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Ausstattungen bei der Bedienung von Gas und Bremse

Zutreffendes bitte ankreuzen!

	Ja	Nein
Linksseitiges Gaspedal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielles Gas- und Bremssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angaben zum System unbedingt erforderlich:		
Pedalausstattung für Kleinwüchsige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besondere Adaptionen von den Sekundärfunktionen

	ja	nein
Sitzschienenverlängerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wischerhebelumlenkung nach links/rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blinkerumlegung nach rechts(mechanisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Löse- und Feststellvorrichtung für Handbremse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betätigungseinrichtungen für Licht, Scheibenwischer und-wascher, Hupe, Blinker, Warnblinklicht, Lichthupe ohne Loslassen des Lenkrades (z.B. Infrarotsender am Lenkrad / Lenkhebel oder Sprachsteuerung usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lösevorrichtung für Wählhebel (keine Fingerfunktion notwendig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstiges Ausstattungen oder Fahrzeuge
(Bitte genaue Angaben)

8. Ich bin in der Lage Fahrschüler/innen mit folgenden Behinderungen auszubilden:

		<i>Zutreffendes bitte ankreuzen!</i>	
		Ja	Nein
Gehirn (Durch Störungen der Gehirntätigkeit ausgelöste Funktionseinbußen.)	Halbseitenlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schädel-Hirn-Trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hirntumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spastische Lähmung(ICP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionsstörung der Hirnnerven (Angeboren bzw. erworben, vor, während oder nach der Geburt)	Gehörlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komplexe Funktionsausfälle des neuromuskulären Systems (In der Regel fortschreitende Muskelerkrankung)	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Muskeldystrophie/ atrophie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Friedreich´sche Ataxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kinderlähmung (Polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionseinschränkung im Bereich des Bewegungsapparates (Einschränkungen am Stütz- und Bewegungsapparat)	Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bechterew	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gelenkversteifungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Querschnittlähmungen (Angeborene, Krankheits- oder unfallbedingte Querschnittlähmungen)	Paraplegie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tetraplegie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spina bifida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputationen oder von Geburt aus bedingte Behinderung	Rechtes Bein / Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Linkes Bein / Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beide Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rechter Arm / Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Linker Arm / Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beide Arme/ Ohmarmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dysmelie / Contergan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kleinwuchs (Personen mit einer Körpergröße unter 1,50 Meter)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Kann der Ausbildungsraum mit dem Rollstuhl erreicht werden?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Nein

Ja

10. Verfügt Ihre Fahrschule über eine rollstuhlgerechte Toilette?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Nein

Ja

11. Bietet Ihre Fahrschule eine Ausbildung in Gebärdensprache an?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

	Ja	Nein
In der Theorie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Verfügen Sie über medizinische Kenntnisse für die Behinderten-Ausbildung?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Nein

Ja

13. Haben Sie an einer oder mehreren speziellen Fortbildungen (z.B. zur Behindertenproblematik, zur Behindertenausbildung) teilgenommen?

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Nein

Ja

Wenn Ja, an welchen Fortbildungen haben Sie teilgenommen?

14. Raum für Ihre Bemerkungen zur Ausbildung von Behinderten (z.B. besondere Qualifikationen, Spezialisierung):

Der Fragebogen wurde erstellt vom Arbeitskreis „handicap“ der Bundesvereinigung der Fahrlehrerverbände e.V
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!