



Formular

Zeugnis: Fahreignung allgemein

Name/Vorname

Geburtsdatum

1. Diagnosen

Insbesondere verkehrsmedizinisch relevante wie z. B. Einschränkung des Gesichtsfeldes; fortschreitende Augenkrankheit; Alkohol-, Betäubungsmittel-, Arzneimittelmisbrauch oder -abhängigkeit; Epilepsie oder andere neurologische Erkrankungen; Herz-Kreislauf-Erkrankungen; Bewusstseinsstörungen/Synkopen (ICD); Diabetes; Einschlafneigung; psychische Erkrankungen; demenzielle Entwicklung; kognitive Defizite)

- Keine
- Ja, folgende

Wenn ja, bitte um Beurteilung von

- | | | | |
|--------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Verlauf/Stabilität | <input type="checkbox"/> stabil | <input type="checkbox"/> genügend | <input type="checkbox"/> instabil* |
| Krankheitseinsicht | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> genügend | <input type="checkbox"/> ungenügend* |
| Compliance | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> genügend | <input type="checkbox"/> ungenügend* |

2. Bisherige Behandlungen/Abklärungen/Hospitalisationen

3. Komplikationen/Folgeveränderungen, aktuelles Beschwerdebild, insbesondere Angaben über allfällige Einschränkungen der Fahreignung

4. Einschränkung der Belastbarkeit (Alltagsbelastbarkeit, Fatigue-Syndrom, kognitive Defizite?)

5. Aktuelle Behandlung/Medikation

6. Sind weitergehende Abklärungen notwendig? **Nein** **Ja**

- Verkehrsmedizinische Untersuchung
- Kognitive Leistungsdiagnostik
- Funktionsprobe/Abklärung technische Fahrzeuganpassung

Wenn ja, weshalb und Angabe der körperlichen Einschränkung:

7. Nächste Zeugniserstattung an das Strassenverkehrsamt in

- 1 Jahr
- 2 Jahren
- Andere

8. Zweifel an der Fahreignung

- *Es bestehen ernsthafte Zweifel an der Fahreignung, sodass zunächst kein Fahrzeug gelenkt werden sollte, bis weitere Abklärungen getroffen wurden.

Datum

Stempel/Unterschrift