

Resultat der ärztlichen Fahreignungsuntersuchung

(Meldung an die kantonale Behörde)

Schweizerische Eidgenossenschaft

Strassenverkehrsgesetz vom 19. Dezember 1958

| |
|-----------------------------------|
| Name: |
| Vorname: |
| Geburtsdatum: |
| PLZ/Wohnort: Adresse: |

1 *Befunde*

1.1 Sehschärfe:

rechts: unkor.: korr.:

links: unkor.: korr.:

1.2 Es bestehen keine verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen oder Zustände wie zum Beispiel:

- Einschränkungen des Gesichtsfeldes
- Fortschreitende Augenkrankheit
- Alkohol-, Betäubungsmittel-, Arzneimittelmisbrauch oder -abhängigkeit
- Epilepsie oder andere neurologische Erkrankungen
- Diabetes
- Bewusstseinsstörungen
- Psychische Erkrankungen
- Synkopen
- Einschlafneigung
- Demenzielle Entwicklung
- Kognitive Defizite

 Es bestehen die folgenden verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen oder Zustände:

.....

2 *Schlussfolgerungen*

2.1 Die medizinischen Mindestanforderungen (Anhang 1 VZV)

der 1. medizinischen Gruppe
(A, A1, B, B1, F, G, M) sind:

- erfüllt
- nur mit den nachstehenden
Auflagen erfüllt (Ziff. 3)
- nicht erfüllt
Kurze Begründung:

.....
.....
.....

der 2. medizinischen Gruppe
(D, D1, C, C1, Bewilligung zum
berufsmässigen Personentransport,
Verkehrsexpertinnen/-experten) sind:

- erfüllt
- nur mit den nachstehenden
Auflagen erfüllt (Ziff. 3)
- nicht erfüllt
Kurze Begründung:

.....
.....
.....

- 2.2 Unklares Ergebnis: Die definitive Beurteilung soll von einer anerkannten Ärztin oder einem anerkannten Arzt der Stufe 3 oder 4 vorgenommen werden
- Es bestehen ernsthafte Zweifel an der Fahreignung, weshalb bis zur weiteren Abklärung kein Fahrzeug geführt werden sollte

3 *Auflagen*

3.1 Tragen einer Sehhilfe für:

1. medizinische Gruppe 2. medizinische Gruppe

3.2 Regelmässige ärztliche Kontrolle bei:

- Ärztin/Arzt der Stufe 1 Spezialärztin/Spezialarzt für

.....

Meldung des Resultats der ärztlichen Kontrolle an die kantonale Behörde in
..... Monat/en

- 3.3 Andere Auflage (z.B. Blutzuckermessung vor Antritt der Fahrt bei Diabetesbehandlung mit Hypoglykämie-Gefahr):

.....

4 *Nächste Kontrolluntersuchung*

- Normale Kontrollabstände nach VZV
- Kürzere Kontrollabstände als nach VZV:

Nächste Kontrolluntersuchung in Monat/en durch eine anerkannte Ärztin oder einen anerkannten Arzt der Stufe

Untersuchungsdatum:

.....

Global Location Number (GLN) der Ärztin/des Arztes:

.....

Stempel und Unterschrift des Arztes:

.....