

Formular

Ärztliches 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 die Abteilung Administrativmassnahmen des Kantons Glarus 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: