

Ärztliches Zeugnis: Fahreignung und Diabetes mellitus

Name:

Geb.:

1. Diagnose:

bekannt seit:

2. Diabetes-Therapie: orale Therapie (oder GLP1-Agonist) mit:

Insulintherapie mit:

3. Hypoglykämie-Risikostufe für Motorfahrzeuglenker gemäss Richtlinien SGED, SDG und SGRM

kein Risiko

tiefes Risiko

erhöhtes Risiko

hohes Risiko

4. Instruktion bezüglich der Vermeidung von Hypoglykämien am Steuer und Compliance:

Die Instruktion ist erfolgt am:

und/oder Merkblatt abgegeben am:

Wissensstand:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Einhaltung der Verhaltensregeln:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend

5. Sind in den letzten 2 Jahren schwere Hypoglykämien (Grad II oder III) vorgekommen?

Nein

Ja

Wenn ja, wann und wie häufig?

6. Besteht eine fehlende Hypoglykämie-Wahrnehmung? (z.B. Clarke-Score 4 oder mehr)

Nein

Ja

7. Laborwerte (soweit vorhanden):

Datum	HbA1c	Allenfalls andere Laborwerte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Bestehen Folgeerkrankungen (Retinopathie, Neuropathie, Niereninsuffizienz, Angiopathie)

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

9. Sehvermögen: Die letzte augenärztliche Kontrolle hat am:

stattgefunden.

Sehschärfe: Fernvisus

unkorr.

re:

li:

korr. re:

li:

10. Bemerkungen oder Angaben über andere verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen?

11. Fahreignung gegeben: Ja Nein

Der/die unterzeichnende Arzt/Ärztin bestätigt, dieses Zeugnis in Kenntnis der „Richtlinien bezüglich Fahreignung und Fahrfähigkeit bei Diabetes“ der SGED, SDG und SGRM 2015 verfasst zu haben.

Datum:

Stempel/Unterschrift: