

Formular

Zeugnis: Fahreignung und Erkrankung mit erhöhter Einschlafneigung

Name / Vorname

Geburtsdatum

1a Schlafmedizinische Diagnose/n (OSAS, Narkolepsie, Restless-Legs-Syndrom)

1b Wie beurteilen Sie

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 / (FE-) MWT / Hospitalisationen

3. Aktuelles Beschwerdebild / Tagesschläfrigkeit / Risikofaktoren / AHI

4. Aktuelle Behandlung / Medikation

5. Bemerkungen (z.B. verkehrsmedizinisch relevante Diagnosen)

6. Nächster (FE-) MWT empfohlen in

- 1 Jahr
- 2 Jahren
- Andere

7. Nächste Zeugniserstattung an die Fachstelle Administrativmassnahmen des Kantons Glarus in

- 1 Jahr
- 2 Jahren
- Andere

8. Fahreignung gegeben: Ja Nein

9. Zweifel an der der Fahreignung

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

Datum: Stempel/Unterschrift:

Gemäss «Fahreignung bei Tagesschläfrigkeit», Empfehlungen für Ärzte und Akkreditierte Zentren für Schlafmedizin bei der Betreuung von Patienten mit Tagesschläfrigkeit, der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC), 2017