

Formular

Ärztliches Zeugnis: Fahreignung und Herz-Kreislauf-Erkrankung/en

Name / Vorname

Geburtsdatum

1a Diagnose/n Herz-Kreislauf-Erkrankung

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 / Hospitalisationen

3. Aktuelles Beschwerdebild (Alltagsbelastbarkeit, Schwindel, ggf. NYHA-Stadium, EF)

4. Risikofaktoren (manifeste Herzinsuffizienz, Noxen, andere?)

5. Aktuelle Behandlung / Medikation

.....

6. Synkopen

Ja Nein

Wenn ja, wann einmalig mehrfach

Ursache

7. Kardiale Devices (CIEDs)

Nein

ICD, seit

Primärprävention

Sekundärprävention

Schockabgabe: Ja

Nein

adäquat

inadäquat

Wenn ja, wann

Wenn inadäquat, wurde zugrundeliegende Ursache beseitigt Ja Nein

Defibrillator aktiv Ja Nein

Wenn nein, Grund für Inaktivierung:

Pacemaker, seit Indikation:

Event-Recorder, seit Indikation:

CRT-Schrittmacher (P), seit Indikation:

CRT-Defibrillator (D), seit Indikation:

8. Bemerkungen (z.B. weitere verkehrsmedizinisch relevante Diagnosen)

.....

9. Fahreignung aus kardiologischer Sicht gegeben: Ja Nein

10. Zweifel an der Fahreignung

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

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

1 Jahr

2 Jahren

Andere.....

Datum: Stempel/Unterschrift: