

Ärztlicher Bericht zur Fahreignung (www.medtraffic.ch)

Einzusenden an: Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt des Kantons Glarus,
Mühleareal 17, Postfach, 8762 Schwanden

Name: _____ Geb.: _____ Kunden Nr.: _____ Token: _____

Fahrzeugführer der Gruppe

Die untenstehenden Punkte 1 - 7 müssen durch den Arzt/die Ärztin komplett geprüft und entsprechend ausgefüllt werden.

1. Sehschärfe

Fernvisus unkorrigiert	rechts:	links:
Fernvisus korrigiert	rechts:	links:
Gesichtsfeld:	<input type="checkbox"/> entspr. gesetzl. Mindestanforderung	<input type="checkbox"/> ist eingeschränkt

2. Bestehen verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen oder Zustände? Nein Ja

(z.B. Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch/Abhängigkeit, Bewusstseinsstörungen, Synkopen, Einschlafneigung, dementielle Entwicklung).

Falls ja, welche? (Bitte allenfalls einen Kurzbericht beilegen).

Wegen der festgestellten verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankung oder des Zustandes, sollte die definitive Beurteilung der Fahreignung durch das Institut für Rechtsmedizin durchgeführt werden

3. Die medizinischen Mindestanforderungen sind für die

1. Gruppe: Kat. A, A1, B, B1, F, G, M (D1 bis 3.5t) Schifffahrt: Kat. A und D	2. Gruppe: Kat. C, C1, D, D1, BPT Schifffahrt: Kat. B und C
<input type="checkbox"/> ohne Auflagen erfüllt <input type="checkbox"/> nur mit Auflagen erfüllt <input type="checkbox"/> nicht mehr erfüllt	<input type="checkbox"/> ohne Auflagen erfüllt <input type="checkbox"/> nur mit Auflagen erfüllt <input type="checkbox"/> nicht mehr erfüllt
<input type="checkbox"/> Hörvermögen (Nur medizinische Gruppe 2 sowie Schiffführerausweis): Mindestanforderungen erfüllt	

4. Auflagen

Tragen einer Sehhilfe für die 1. Gruppe 2. Gruppe

Regelmässige ärztliche Kontrolle von:

<input type="checkbox"/> allgemeiner Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf, Blutdruck	<input type="checkbox"/> epileptischer Erkrankung
<input type="checkbox"/> Augenbefund	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus ohne Hypoglycämiegefahr	<input type="checkbox"/> neurologischer Erkrankung
	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus mit möglicher Hypoglycämiegefahr	<input type="checkbox"/> psychischer Erkrankung

weitere Auflagen:

5. Fahreignung gegeben Ja Nein (kurze Begründung):.....

6. Unklares Ergebnis

Die Beurteilung soll von einer anerkannten Ärztin oder einem anerkannten Arzt folgender Stufe vorgenommen werden: Stufe 3 Stufe 4

7. Nächster medizinischer Kontrolluntersuchung

- in 5, 3 oder 2 Jahren (gemäss VZV)
- in.....Jahr(en), da eine Situation besteht, die regelmässige Kontrollen erfordert.

Ort/Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin: _____

.....

.....