



## Ärztliches Zeugnis: Fahreignung und Epilepsie i.S.

KF Fahreignung und Epilepsie d / V 1.0

Name / Vorname  Geburtsdatum   
Adresse   
PLZ / Ort  Referenznummer

Erstzeugnis  Bestätigungszeugnis

1. Diagnose?

2. Aktuelle Antiepileptika-Therapie?

3. Verlauf seit Diagnosestellung oder seit der letzten Berichtserstattung vom \_\_\_\_\_

4. Datum des letzten Anfalles?

5. Ist das zuletzt durchgeführte EEG (Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_) mit der Fahreignung kompatibel?

6. Besonderheiten bezüglich Compliance, Begleiterkrankungen, Suchtleiden?

7. Ist die Fahreignung aus neurologischer Sicht gegeben?  
Wenn ja für welche Kategorien?

8. Die nächste Kontrolle mit Zeugniserstellung ist vorgesehen in

- 1 Jahr  
 2 Jahren  
 anderer Zeitpunkt, nämlich \_\_\_\_\_

Begründung:

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zeugnis bitte einsenden an: Strassenverkehrs- und Schiffahrtsamt des Kantons Bern, Medizinische  
Kontrolle, Postfach, 3001 Bern