



Ärztliches Zeugnis: Fahreignung und Epilepsie i.S.

KF Fahreignung und Epilepsie d / V 1.2

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 Zeugniserstattung ist vorgesehen in

- 1 Jahr
 2 Jahren
 anderer Zeitpunkt, nämlich _____

Begründung:

Datum: _____

Stempel/Unterschrift: _____

Zeugnis bitte einsenden an:

Die Zustelladresse finden Sie auf Ihrer Korrespondenz