



Ärztliches Zeugnis: Fahreignung und neurologische Erkrankung

KF Fahreignung und neurologische Erkrankung d / V 0.1

Name / Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ / Ort

Referenznummer

1. Besteht aktuell eine neurologische Erkrankung? Wenn ja, welche? (Kurzdiagnose)

2. Beurteilung von:

Therapieverlauf

gut

genügend

ungenügend

Krankheitseinsicht

gut

genügend

ungenügend

Compliance

gut

genügend

ungenügend

3. Fanden zusätzliche Abklärungen statt (z.B. neuropsychologische Untersuchung)?

4. Verordnete Medikamente? (Falls ja, werden diese compliant eingenommen und wirken sich diese auf die Fahreignung aus?)

5. Bestehen aufgrund der oben gestellten Diagnose Komplikationen oder Folgeveränderungen mit Auswirkungen auf die Fahreignung? (Bewegungsstörungen, Bewusstseinsverlust, Fatigue-Syndrom, Sehstörungen, kognitive Defizite, psychische Auffälligkeiten, etc.)

6. Besteht ein ausreichendes, stabiles sensorisches und motorisches sowie neuropsychologisches Funktionsniveau?

7. Kann somit die Fahreignung aus neurologischer Sicht bejaht werden?

8. Falls die Fahreignung bejaht wird: Sind allfällige Auflagen notwendig (Art, Dauer und Intervalle) und wie begründen sich diese?

Datum: _____ Stempel/Unterschrift: _____

Zeugnis bitte einsenden an: Die Zustelladresse finden Sie auf Ihrer Korrespondenz