



Certificat médical: aptitude à la conduite et épilepsie

KF Fahreignung und Epilepsie f / V 1.2

Nom / Prénom

Date de naissance

Adresse

NPA / localité

N° de référence

- Certificat initial Certificat de confirmation

1. Diagnostic?

2. Traitement antiépileptique actuel?

3. Evolution depuis le diagnostic ou le dernier rapport du

4. Date de la dernière crise?

5. Le dernier EEG réalisé (date de l'examen: _____) est-il compatible avec l'aptitude à la conduite d'un véhicule?

6. Particularités concernant l'observance, les maladies associées, les addictions?

7. La personne examinée est-elle apte à la conduite d'un véhicule sur le plan neurologique?
Si oui, de quelle catégorie?

8. Le prochain contrôle avec établissement d'un certificat est prévue dans

- 1 an
 2 ans
 autre date, à savoir _____

Motif:

Date:

Timbre/Signature:

Prière d'envoyer ce certificat à:

L'adresse est mentionnée dans notre courrier