



Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt
Abteilung Schifffahrt

9401 Rorschach

An den/die anerkannte/n Arzt/Ärztin

Ärztliches Zeugnis – Resultat Fahreignungsuntersuchung

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Wohnort/Strasse:

1 Befunde:

1.1 Sehschärfe

Rechts: unkorrigiert: korrigiert:

Links: unkorrigiert: Korrigiert:

1.2 Es bestehen keine verkehrsmedizinische relevante Erkrankungen oder Zustände wie zum Beispiel:

Einschränkung des Gesichtsfeldes, Fortschreitende Augenkrankheit, Alkohol-, Betäubungsmittel-, Arzneimittelmisbrauch oder –abhängigkeit, Epilepsie oder andere neurologische Erkrankungen, Diabetes, Bewusstseinsstörungen, Psychische Erkrankungen, Synkopen, Einschlafneigung, Demenzielle Entwicklung, Kognitive Defizite

Es bestehen die folgenden verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen oder Zustände:

.....

2 Schlussfolgerungen

2.1 Die medizinischen Mindestanforderungen (Anhang 1 VZV):

der 1. medizinischen Gruppe (A,A1,B,B1,F,G,M) sind: Schifffahrt: Kategorie A,D	der 2. medizinischen Gruppe (D,D1,C,C1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexpertinnen/-experten) sind: Schifffahrt: Kategorie B,C
<input type="checkbox"/> erfüllt	<input type="checkbox"/> erfüllt
<input type="checkbox"/> nur mit den nachstehenden Auflagen erfüllt (Ziff. 3)	<input type="checkbox"/> nur mit den nachstehenden Auflagen erfüllt (Ziff. 3)
<input type="checkbox"/> nicht erfüllt: Kurze Begründung:	<input type="checkbox"/> nicht erfüllt: Kurze Begründung:

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

Es bestehen ernsthafte Zweifel an der Fahreignung, weshalb bis zur weiteren Abklärung kein Fahrzeug geführt werden sollte

3. Auflagen

3.1 Tragen einer Sehhilfe für: 1. Medizinische Gruppe 2. Medizinische Gruppe

3.2 Regelmässige ärztliche Kontrolle bei: Ärztin/Arzt der Stufe 2 Spezialärztin/-arzt für

Meldung des Resultats der ärztlichen Kontrolle an die kantonale Behörde in Monat/en

3.3 Andere Auflage (z.B. Blutzuckermessung vor Antritt der Fahrt bei Diabetesbehandlung mit Hypoglykämie-Gefahr)

.....

4. Nächste Kontrolluntersuchung

Normale Kontrollabstände nach VZV

Kürzere Kontrollabstände als VZV:

Nächste Kontrolluntersuchung in Monat/en durch eine anerkannte Ärztin/Arzt der Stufe

Untersuchungsdatum:

Global Location Number (GLN) der Ärztin/Arztes):

Stempel und Unterschrift des Arztes/Ärztin.....



Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

Für den Arzt bestimmt

A. Anamnese

Verkehrsmedizinische relevante Erkrankungen und Unfallfolgen, Arzneimittelkonsum, Suchtmittelkonsum, Bewusstseinsstörungen, Schwindel, Synkopen, Anfallsleiden, psychische Erkrankungen, Diabetes, andere Stoffwechselstörungen, Hirnleistungsstörungen, Krankheiten mit vermehrter Tagesschläfrigkeit

B. Untersuchungsbefunde

1 Allgemeinzustand/Gesamteindruck:

.....

2 Sehvermögen

Fernvisus: rechts unkorrigiert: korrigiert:
Links unkorrigiert: korrigiert:

Einäugigkeit: Doppelbilder:

Lichtreaktion: Motilität:

Gesichtsfeld:

3 Hörvermögen: (Schiffahrt: Bei allen Kategorien Anforderung der 2. med. Gruppe)

Konversationsprache:Meter(rechts/links) Flüstersprache:Meter(rechts/links)

Krankheiten des Innen- oder Mittelohres:

4 Haut

Einstichstellen: auffälliges Nasenseptum:

Leber-Stigmata: andere Auffälligkeiten:

5 Psyche

Stimmung Affekte:

Aufmerksamkeit: Konzentration:

Gedächtnis: kognitive Defizite:

Anhaltspunkte für beginnende Demenz: andere Auffälligkeiten:

6 Nervensystem

Motorik: Sensibilität:

Strichgang: vegetative Zeichen/Tremor:

7 Herz- Kreislauf

Puls: Blutdruck:

Periphere Pulse: Auskultation/Herzgrenzen:

Venen: Insuffizienzzeichen:

8 Atmungsorgane

Torax: obere Luftwege:

Auskultation: Perkussion:

9 Abdominalorgane

Lebergrosse: andere Auffälligkeiten:

10 Bewegungsapparat

Defekte: Lähmungen:

Unfallfolgen:

Funktions- und Bewegungseinschränkungen (Kopfdrehen):

10 Andere Auffälligkeiten

.....

Zusatzuntersuchungen (bei begründeter Indikation): Laborbefunde (z.B. Alkoholmarker, Drogenscreening), EKG, Kurztests zur Ermittlung von Hirnleistungsdefiziten (z.B. Trail-Making-Test A und B/Mini-Mental-Status-Test, Uhrentest):

Beurteilung, Diagnosen:

.....

Untersuchungsdatum:

.....

Ort und Datum:

Unterschrift des Arztes:

.....

.....