



**Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt**

**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:<br>Schifffahrt: Kategorie A,D | der 2. medizinischen Gruppe (D,D1,C,C1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexpertinnen/-experten) sind:<br>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:<br>Kurze Begründung:<br>.....             | <input type="checkbox"/> nicht erfüllt:<br>Kurze Begründung:<br>.....  |

**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  1  Stufe 2

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 / Strasse: irrelevant für Gruppe 1)

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

Krankheiten des Innen- oder Mittelohres: .....

#### 4 Haut o.B.

Einstichstellen: ..... Auffälliges Nasenseptum: .....

Leber-Stigmata: ..... Andere Auffälligkeiten: .....

#### 5 Psyche o.B.

Stimmung: ..... Affekte: .....

Aufmerksamkeit: ..... Konzentration: .....

Gedächtnis: ..... Kognitive Defizite: .....

Anhaltspunkte für beginnende Demenz: ..... Andere Auffälligkeiten: .....

#### 6 Nervensystem o.B.

Motorik: ..... Sensibilität: .....

Strichgang: ..... Vegetative Zeichen/Tremor: .....

#### 7 Herz- Kreislauf o.B.

Puls: ..... Blutdruck: .....

Periphere Pulse: ..... Auskultation/Herzgrenzen: .....

Venen: ..... Insuffizienzzeichen: .....

#### 8 Atmungsorgane o.B.

Torax: ..... obere Luftwege: .....

Auskultation: ..... Perkussion: .....

#### 9 Abdominalorgane o.B.

Leber: ..... Andere Auffälligkeiten: .....

#### 10 Bewegungsapparat o.B.

Defekte: ..... Lähmungen: .....

Unfallfolgen: .....

Funktions- und Bewegungseinschränkungen (Kopf- / + Rumpfdrehen): .....

#### 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:

.....

.....