



Formular

## Zeugnis: Fahreignung und Erkrankung mit erhöhter Einschlafneigung

Name/Vorname .....

Geburtsdatum .....

### 1a Schlafmedizinische Diagnose/n (OSAS, Narkolepsie, Restless-Legs-Syndrom)

### 1b Wie beurteilen Sie

Verlauf/Stabilität	<input type="checkbox"/> stabil	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> instabil*
Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend*
Compliance	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend*

### 2. Bisherige Behandlungen/Abklärungen/MWT/Hospitalisationen

### 3. Aktuelles Beschwerdebild/Tagesschläfrigkeit/Risikofaktoren/AHI

**4. Aktuelle Behandlung/Medikation**

**5. Bemerkungen (z. B. verkehrsmedizinisch relevante Diagnosen)**

**6. Nächste Zeugniserstattung an das Strassenverkehrsamt in**

- 1 Jahr
- 2 Jahren
- Andere .....

**7. Zweifel an der Fahreignung**

- \*Es bestehen ernsthafte Zweifel an der Fahreignung, sodass zunächst kein Fahrzeug gelenkt werden sollte, bis weitere Abklärungen getroffen wurden.

Datum

Stempel/Unterschrift

Gemäss «Fahreignung bei Tagesschläfrigkeit», Empfehlungen für Ärzte und Akkreditierte Zentren für Schlafmedizin bei der Betreuung von Patienten mit Tagesschläfrigkeit, der Schweizerischen Gesellschaft für Schlafforschung, Schlafmedizin und Chronobiologie (SGSSC), 2017