Thurgau

Resultat der ärztlichen Fahreignungsuntersuchung

Name / Vorname / Kd-Nr.:

1. Befunde

❍ Es bestehen **keine verkehrsmedizinisch relevanten** Erkrankungen oder Zustände (z.B. Einschränkungen des Gesichtsfeldes, fortschreitende Augenkrankheit, Alkohol-, Betäubungsmittel-, Arzneimittelmissbrauch oder –abhängigkeit, Epilepsie oder andere neurologische Erkrankungen, Diabetes, Bewusstseinsstörungen, psychische Erkrankungen, Synkopen, Einschlafneigung, demenzielle Entwicklung, kognitive Defizite)

❍ Es bestehen **verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen** oder Zustände **(Kurzbericht mit Diagnose beilegen)**

2.. Sehschärfe unkorrigiert rechts:……. korrigiert rechts:……..
unkorrigiert links: …….. korrigiert links: …….

3. Gesichtsfeld ❍ entspricht med. Anforderungen ❍ eingeschränkt

4. Schlussfolgerungen

❍ Unklares Ergebnis: Die definitive Beurteilung soll von einer anerkannten Ärztin oder einem anerkannten Arzt der Stufe 3 oder 4 vorgenommen werden.

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

Die Fahreignung ist entsprechend den medizinischen Mindestanforderungen (Anhang 1 VZV)

1. medizinische Gruppe (Personenwagen, Motorrad etc.)	**2. medizinische Gruppe** (Bus, Lastwagen, Taxi, etc. sowie Fahrgast- und Güterschiffe)
❍ erfüllt	❍ erfüllt
❍ nur mit Auflagen erfüllt (Ziffer 5)	❍ nur mit Auflagen erfüllt (Ziffer 5)
❍ nicht erfüllt (Begründung in einem separaten Bericht beilegen)	❍ nicht erfüllt (Begründung in einem separaten Bericht beilegen)

5. Auflagen

❍ Tragen einer Sehhilfe
❍ Regelmässige ärztliche Kontrolle: Kontrollintervall: alle …….. Monate Berichtsintervall an das Strassenverkehrsamt: ❍ nein ❍ ja, alle …….. Monate durch ❍ Ärztin/Arzt der Stufe 1 oder 2 (zutreffendes unterstreichen) ❍ Spezialärztin/Spezialarzt für: ……...
❍ Andere Auflage (in einem separaten Bericht vermerken)

Untersuchungsdatum: Stempel und Unterschrift des Arztes:

……. ……..

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

…….