

Ärztliches Zeugnis

PIN:

Anrede: _____

Nachname Vorname: _____

Strasse Nr. : _____

PLZ Ort: _____

AHV-Nr. : _____

A) Befunde

Sehschärfe

Fernvisus rechts:	unkorrigiert:	korrigiert:
Fernvisus links:	unkorrigiert:	korrigiert:
Gesichtsfeld:	<input type="checkbox"/> entspricht gesetzl. Mindestanforderung	<input type="checkbox"/> ist eingeschränkt:

Kognitive Defizite Nein Ja (welche)

B) Die medizinischen Mindestanforderungen (gemäss VZV Anhang 1) für die

1. med. Gruppe sind	2. med. Gruppe sind	3. med. Gruppe sind
<input type="checkbox"/> ohne Auflagen erfüllt	<input type="checkbox"/> ohne Auflagen erfüllt	<input type="checkbox"/> ohne Auflagen erfüllt
<input type="checkbox"/> nur mit Auflagen erfüllt	<input type="checkbox"/> nur mit Auflagen erfüllt	<input type="checkbox"/> nur mit Auflagen erfüllt
<input type="checkbox"/> nicht mehr erfüllt	<input type="checkbox"/> nicht mehr erfüllt	<input type="checkbox"/> nicht mehr erfüllt

C) Auflagen

<input type="checkbox"/> Muss Brille oder Kontaktschalen tragen für die <input type="checkbox"/> 1. Gruppe <input type="checkbox"/> 2. Gruppe <input type="checkbox"/> 3. Gruppe
Regelmässige ärztliche Kontrolle von:
<input type="checkbox"/> allgemeinem Gesundheitszustand <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf, Blutdruck <input type="checkbox"/> epileptischer Erkrankung <input type="checkbox"/> Augenbefund <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ ... mit Insulin <input type="checkbox"/> neurologischer Erkrankung <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ ... ohne Insulin <input type="checkbox"/> psychischer Erkrankung
<input type="checkbox"/> Kontrollfahrt durch Experte Strassenverkehrsamt
<input type="checkbox"/> Weitere Auflagen:

D) Nächste Kontrolluntersuchung

gemäss gesetzlich vorgeschriebenem Intervall (5, 3 oder 2 Jahre gemäss VZV je nach Alter)

in Jahr(en), falls eine Krankheit besteht, die eine engmaschige Kontrolle erfordert.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes