



Ärztliches Zeugnis: Fahreignung und psychische Erkrankung(en) (inkl. Substanzgebrauch)

Name / Vorname:

Geb.:

1. Verkehrsmedizinisch relevante Diagnosen (somatisch und psychiatrisch) nach ICD-10

Bitte Angaben auch speziell bezüglich suchtmedizinischer Diagnosen (*schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit*), psychiatrischer Diagnosen ebenso betreffend weitere somatische Krankheiten (z. B. Augenkrankheit(en) (inkl. Einschränkungen), demenzielle Entwicklung, kognitive Defizite, Epilepsie und andere neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankung(en), Bewusstseinsstörung(en) / Synkop(en), Diabetes mellitus, erhöhte Einschlafneigung, Schlafapnoesyndrom (unbehandelt / behandelt), etc.)

2. Anamnese (inkl. Substanzgebrauch), **Therapie** (inkl. Konsultations-Häufigkeit, Strategien zur Rückfallvermeidung, motivierende Faktoren zu Abstinenz / Konsumverhaltensänderung), **Therapieverlauf** (inkl. Abstinenz, Beikonsumfreiheit, "Ausrutscher", Rückfälle, Substanzverlagerung), **stationäre / ambulante Behandlungen** (wo, wann, Dauer? / FU? / allfällige Tagesklinik-Behandlung?), **soziale Situation** (privat und beruflich, Arbeits(un)fähigkeit, etc.)

siehe beigelegte(n) Bericht(e)

Stabilität (im Bezug auf Fahreignung)	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend
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

3. Aktuelle Medikation (inkl. Reserve-Medikation) (z. B. Behandlungsbeginn, Dosisänderungen, Nebenwirkungen)

4. Laborresultate (z. B. Urinprobe(n), Atemalkoholtest(s), Alkoholmarker, Medikamentenspiegel, etc.)

siehe beigelegte(n) Laborbefund(e) / Bericht(e)

5. Bemerkungen (Fortsetzung der Therapie / evtl. geplante Therapieänderung / weitere Kontrollen / geplante Abklärungen, IV-Berentung, etc.)

6. Zweifel an der Fahreignung (Ärztliche Drittmeldung)

Nur bei Verlaufskontrolle auszufüllen

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

7. Empfehlung zur nächsten Zeugniserstattung an das Strassenverkehrsamt in

Nur bei Verlaufskontrolle auszufüllen

- 1 Jahr 2 Jahren anderes Intervall

Der / Die unterzeichnende Arzt / Ärztin bestätigt, dieses Zeugnis in Kenntnis der Dokumente [«Fahreignung und psychische Störungen, Verkehrsmedizinische Untersuchung und Beurteilung»](#), Ausgabe 1 (Oktober 2018) sowie [«Fahreignung und Alkohol, Betäubungsmittel und psychotrop wirksame Medikamente, Verkehrsmedizinische Untersuchung und Beurteilung»](#), Ausgabe 1 (April 2018) der QM-Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin der SGRM verfasst zu haben.

Ort / Datum:

Stempel Praxis / Klinik / Institution:
Unterschrift der ärztlichen Fachperson

*Die unterzeichnende Person willigt ein, dass bei bedarfsweiser Nachfrage von verkehrsmedizinischer Seite bei der zeugnisausstellenden ärztlichen Fachperson (bzw. Vertreter der Institution), diese von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht gemäss Art. 321 StGB entbunden ist. Mit der Unterschrift erfolgt zugleich die Einwilligung zur Entbindung der behandelnden Fachperson (bzw. Vertreter der Institution) sowie dem / der zuständigen Verkehrsmediziner*in von den ihnen auferlegten Geheimnisverpflichtungen(nach Art. 320 StGB und Art. 321 StGB), so dass diese untereinander in ihrem Fall frei kommunizieren und Daten austauschen können.*

Ort / Datum

Unterschrift Patient*in