
Ärztliches 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. Nächster FE-MWT / MWT empfohlen in

- 1 Jahr
- 2 Jahren
- Andere .

7. Nächste Zeugniserstattung an das Strassenverkehrsamt in

- 1 Jahr
- 2 Jahren
- Andere

8. 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