

Name:

Geb.:

1. **Anamnestische Angaben zum Konsumverhalten resp. zur Abstinenz?**
Seit wann und wie oft finden ärztliche Konsultationen statt? Bisheriger Verlauf?

2. **Urinprobenresultate: Bitte genaue Angaben der Daten und Befunde (pos./neg.) .**
Mind. eine Urinprobe pro Monat. Die Urinprobe muss unter Sichtkontrolle abgegeben werden.

Datum	THC (pos/neg)

Datum	THC (pos/neg)

Datum	THC (pos/neg)

3. **Werden Medikamente verordnet? Wenn ja, welche?**

4. **Bestehen Hinweise auf den Konsum anderer Substanzen (Alkohol, Drogen, Medikamente), welche die Fahreignung einschränken können?**

5. **Besteht eine verkehrsrelevante Erkrankung? Arbeitssituation? Soziale Situation Prognose?**

Datum:

Stempel/Unterschrift:

Der unterzeichnende Arzt/Ärztin bestätigt, die Kontrolle der Cannabisabstinenz gemäss dem Vorgehen im Merkblatt „Nachweis der Cannabisabstinenz“ der SGRM (<http://www.sgrm.ch/verkehrsmedizin/ueber-die-sektion.html>), durchgeführt zu haben.

Wir bitten Sie, das Zeugnis an das zuständige Strassenverkehrsamt des Wohnkantons zu senden.
Kanton Zürich: Strassenverkehrsamt Zürich, Administrativmassnahmen, Ärztliche Untersuchungen, Lessingstr. 33, 8090 Zürich.

Wir bitten Sie, das Zeugnis an das bzvm, Begutachtungszentrum Verkehrsmedizin, zu senden (Adresse, Fax, E-Mail, siehe Briefkopf).