

Anmeldung zur verkehrsmedizinischen Untersuchung

Zur Durchführung der angeordneten Fahreignungsabklärung ist eine schriftliche Anmeldung erforderlich.

Bitte füllen Sie dieses Formular aus, wir benötigen folgenden Angaben:

Familienname: _____

Vorname: _____

Strasse, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ ☐ m ☐ w Führerausweis ist entzogen: ☐ ja ☐ nein

PIN-/Referenz Nr.: _____ Strassenverkehrsamt: _____

Verkehrsmedizinische Begutachtung (Stufe 4) wegen

- ☐ Alkohol-, Drogen- und/oder Medikamentenproblematik
- ☐ Gesundheitliche Problematik

Anmeldung zur Verlaufs-/Abstinenz-Kontrolle nach bereits erfolgter verkehrsmedizinischer Begutachtung

- ☐ Alkohol
- ☐ Drogen/Betäubungsmittel
- ☐ Medikamente

Telefon: _____

E-Mail*: _____

* Mit der Angabe der E-Mail-Adresse wird der unverschlüsselten E-Mail-Kommunikation und weiterem Kontakt per E-Mail zugestimmt. Ohne Angabe einer E-Mail-Adresse erfolgt die weitere Korrespondenz per Post in Papierform.

Abwesenheiten/keine Terminvergabe: _____

Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung für einen Kostenvorschuss. Wenn die Zahlung eingegangen ist, können wir Ihre Akte beim Strassenverkehrsamt anfordern. Anschliessend erhalten Sie ein schriftliches Terminaufgebot zur verkehrsmedizinischen Untersuchung. Im Falle eines Rückzuges des Auftrages nach Erhalt des Terminaufgebotes wird Ihnen ein Administrativaufwand in Höhe von CHF 200.- (exkl. MWST) in Rechnung gestellt. Nach Fertigstellung des Gutachtens wird eine detaillierte Endabrechnung erstellt. Eine allfällige Differenz zum Kostenvorschuss wird rückerstattet bzw. nachverrechnet. Das verkehrsmedizinische Gutachten wird direkt dem Strassenverkehrsamt zugestellt. Anschliessend erhalten Sie vom Strassenverkehrsamt ein Schreiben/eine Verfügung mit weiterführenden Informationen und eine Kopie des Gutachtens.

Ich bin mit obigem Vorgehen einverstanden und bitte Sie, mich für die verkehrsmedizinische Untersuchung bei Dr. med. univ. Gerda Steindl vorzumerken und mir die Kostenvorschuss-Rechnung zuzustellen. Ich erteile die Einwilligung zur Datenverarbeitung und zum Datenaustausch gemäss Datenschutzerklärung der Arztpraxis Dr. med. univ. Gerda Steindl, Bahnhofstrasse 8, 9000 St. Gallen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Senden Sie das Formular ausgefüllt und unterschrieben per E-Mail an **info@vmsg.ch** oder per Post zu.

Legen Sie dem Anmeldeformular bitte eine Kopie der aktuellen Verfügung bzw. des zuletzt erhaltenen Schreibens vom Strassenverkehrsamt bei.