

## Kardiologisches Zeugnis zur Fahreignung

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### 1. Diagnosen:

### 2. Verlauf in den letzten 2 Jahren oder seit der letzten Berichterstattung vom:

### 3. Aktuelle Therapie / Medikamente:

### 4. Ergänzende Informationen

Synkopen: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja: wann? \_\_\_\_\_

☐ einmalig ☐ mehrfach

ICD: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja: wann? \_\_\_\_\_

Implantation: ☐ primär ☐ sekundär

bei Schockabgabe: wann? \_\_\_\_\_

Risikoeinschätzung für Schockabgabe: ☐ klein ☐ mittel ☐ hoch

### 5. Risikofaktoren: Manifeste Herzinsuffizienz/Noxen/andere?

### 6. Bei höheren Führerausweiskategorien (Car, Lastwagen, Taxi etc.):

EF: \_\_\_\_\_

Belastungstest: wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis? \_\_\_\_\_

Sind relevante Rhythmusstörungen vorhanden/aufgetreten?

### 7. Wann ist die nächste kardiologische Kontrolle vorgesehen?

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_