

Kardiologisches Zeugnis zur Fahreignung

Name/Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

1. Diagnosen:

[Redacted area for medical diagnoses]

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

[Redacted area for medical history]

3. Aktuelle Therapie / Medikamente:

[Redacted area for current therapy/medications]

4. Ergänzende Informationen

Synkopen: Ja Nein
Wenn Ja: wann? [Redacted] einmalig mehrfach

ICD: Ja Nein
Wenn Ja: wann? [Redacted] Implantation: primär sekundär
bei Schockabgabe: wann? [Redacted]

Risikoeinschätzung für Schockabgabe: klein mittel hoch

5. Risikofaktoren: Manifeste Herzinsuffizienz/Noxen/andere?

[Redacted area for risk factors]

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

EF: [Redacted]

Belastungstest: wann? [Redacted] Ergebnis? [Redacted]

Sind relevante Rhythmusstörungen vorhanden/aufgetreten?

[Redacted area for arrhythmia question]

7. Wann ist die nächste kardiologische Kontrolle vorgesehen? _____

Datum: [Redacted] Stempel/Unterschrift: [Redacted]