

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:_____