

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: _____