

# Resultat der ärztlichen Fahreignungsuntersuchung (Anhang 3 VZV)

Einzusenden durch die Ärztin / den Arzt an die **Motorfahrzeugkontrolle, Gurzelenstrasse 3, 4512 Bellach**

Name / Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

PLZ / Wohnort: ..... Adresse: .....

## 1 Befunde

1.1 Sehschärfe: rechts: unkorrigiert: ..... rechts: korrigiert: .....  
links: unkorrigiert: ..... links: korrigiert: .....

- 1.2  Es bestehen keine verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen oder Zustände.  
 Es bestehen die folgenden verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen oder Zustände:
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Einschränkungen des Gesichtsfeldes   | <input type="checkbox"/> Fortschreitende Augenkrankheit                   |
| <input type="checkbox"/> Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Betäubungsmittel oder Arzneimittel | <input type="checkbox"/> Epilepsie oder andere neurologische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Bewusstseinsstörungen                            |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> Synkopen   |
| <input type="checkbox"/> Einschlafneigung   | <input type="checkbox"/> Demenzielle Entwicklung                          |
| <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite   | <input type="checkbox"/> Sonstiges:                                       |

1.3 Hörvermögen: Mindestanforderungen für die Schifffahrt erfüllt

## 2 Schlussfolgerungen

2.1 Die medizinischen Mindestanforderungen (Anhang 1 VZV) der  
**1. medizinischen Gruppe** (A, A1, B, B1, F, G, M) sind:

- erfüllt  
 nur mit den nachstehenden Auflagen erfüllt (Ziff. 3)  
 nicht erfüllt  
Kurze Begründung:

**2. medizinischen Gruppe** (D, D1, C, C1, Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport, Verkehrsexpertinnen/-experten) sind:

- erfüllt  
 nur mit den nachstehenden Auflagen erfüllt (Ziff. 3)  
 nicht erfüllt  
Kurze Begründung:

- 2.2  Unklares Ergebnis: Die definitive Beurteilung soll von einer anerkannten Ärztin oder einem anerkannten Arzt der Stufe 3 oder 4 vorgenommen werden.  
 Es bestehen ernsthafte Zweifel an der Fahreignung, weshalb bis zur weiteren Abklärung kein Fahrzeug geführt werden sollte.

## 3 Auflagen

3.1 Tragen einer Sehhilfe für:  
 1. medizinische Gruppe  2. medizinische Gruppe

3.2 Regelmässige ärztliche Kontrolle bei:  
 Ärztin/Arzt der Stufe 1  Augenärztin/Augenarzt  
 Psychiaterin/Psychiater  Neurologin/Neurologe  
 Kardiologin/Kardiologe  Diabetologin/Diabetologe  
 Hausärztin/Hausarzt  Sonstige:

Verlaufsbericht: Ergebnis der (fach-)ärztlichen Kontrolle an die Motorfahrzeugkontrolle alle ..... Monate

- Diese fachärztliche Kontrolle hat noch nicht stattgefunden.  
 Diese fachärztliche Kontrolle hat bereits stattgefunden. Das aktuellste Datum ist: .....

3.3  Andere Auflagen:

## 4 Nächste Kontrolluntersuchung

- Normale Kontrollabstände nach VZV  
 Kürzere Kontrollabstände als nach VZV:

Nächste Kontrolluntersuchung in ..... Monat/en durch eine anerkannte Ärztin oder einen anerkannten Arzt der Stufe .....

5 **Datum der Untersuchung** Stempel und Unterschrift der/des **anerkannten** Ärztin/Arztes:

.....  
Global Location Number (GLN)

.....