



Justiz-, Polizei- und Militärdepartement

Strassenverkehrsamt
Brüggliweg 1
9050 Appenzell
Telefon +41 71 788 95 34
info@stva.ai.ch
https://www.ai.ch

An die anerkannte Ärztin oder den anerkannten Arzt

Ärztliches Zeugnis – Resultat Fahreignungsuntersuchung

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
AHV-Nr. _____
(ersichtlich auf der Krankenversicherungskarte)
Adresse _____
PLZ, Ort _____

1. Befunde

1.1 Sehschärfe

| | | | | |
|--------|--------------|-------|------------|-------|
| rechts | unkorrigiert | _____ | korrigiert | _____ |
| links | unkorrigiert | _____ | korrigiert | _____ |

1.2 Es bestehen keine verkehrsmedizinischen relevanten Erkrankungen oder Zustände wie

- ☐ beispielsweise Einschränkung des Gesichtsfelds, fortschreitende Augenkrankheit, Alkohol-, Betäubungsmittel-, Arzneimittelmisbrauch oder -abhängigkeit, Epilepsie oder andere neurologische Erkrankungen, Diabetes, Bewusstseinsstörungen, psychische Erkrankungen, Synkopen, Einschlafneigung, demenzielle Entwicklung, kognitive Defizite
- ☐ Es bestehen die folgenden verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen oder Zustände

2. Schlussfolgerungen

2.1 Die medizinischen Mindestanforderungen (Anhang 1 VZV)

der 1. medizinischen Gruppe

Strasse: Kat. A, A1, B, B1, F, G, M und
mässig-
Schiff: Kat. A und D sind

- ☐ erfüllt.
 - ☐ nur mit den Auflagen unter Ziffer 3 erfüllt.
 - ☐ nicht erfüllt.
- Begründung: _____

der 2. medizinischen Gruppe

Strasse: Kat. C, C1, D, D1, Bewilligung zum berufs-
gen Transport, Verkehrsexpertinnen und -experten und
Schiff: Kat. B und C sind

- ☐ erfüllt.
 - ☐ nur mit den Auflagen unter Ziffer 3 erfüllt.
 - ☐ nicht erfüllt.
- Begründung: _____

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



3. Auflagen

3.1 Tragen einer Sehhilfe für

☐ 1. medizinische Gruppe

☐ 2. medizinische Gruppe

3.2 Regelmässige ärztliche Kontrolle bei

☐ Ärztin oder Arzt Stufe 2

☐ Spezialärztin oder -arzt für

☐ Meldung des Resultats der ärztlichen Kontrolle an die kantonale Behörde in _____ Monat/en

3.3 Andere Auflage/n (z.B. Blutzuckermessung vor Antritt der Fahrt bei Diabetesbehandlung mit Hypoglykämie-Gefahr)

☐ _____

4. Nächste Kontrolluntersuchung

☐ normale Kontrollabstände nach VZV

☐ kürzere Kontrollabstände als VZV

Nächste Kontrolluntersuchung in _____ Monat/en durch Ärztin oder Arzt der ☐ Stufe 1 ☐ Stufe 2

Untersuchungsdatum _____

Global Location Number (GLN) der Ärztin oder des Arztes _____

Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes _____



Für die Ärztin oder den Arzt bestimmt

Ergebnis der ärztlichen Untersuchung

A Anamnese

Verkehrsmedizinische relevante Erkrankungen und Unfallfolgen, Arzneimittelkonsum, Suchtmittelkonsum, Bewusstseinsstörungen, Schwindel, Synkopen, Anfallsleiden, psychische Erkrankungen, Diabetes, andere Stoffwechselstörungen, Hirnleistungsstörungen, Krankheiten mit vermehrter Tagesschläfrigkeit

B Untersuchungsbefunde

1 Allgemeinzustand / Gesamteindruck

2 Sehvermögen

| | | | | | |
|---------------|--------|--------------|-------|------------|-------|
| Fernvisus | rechts | unkorrigiert | _____ | korrigiert | _____ |
| | links | unkorrigiert | _____ | korrigiert | _____ |
| Einäugigkeit | _____ | Doppelbilder | _____ | | |
| Lichtreaktion | _____ | Mobilität | _____ | | |
| Gesichtsfeld | _____ | | | | |

3 Hörvermögen (Schiffahrt bei allen Kat. Anforderung der 2. medizinischen Gruppe / Strasse irrelevant für Gruppe 1)

Konversationsprache _____ Meter (rechts / links) Flüstersprache _____ Meter (rechts / links)
Krankheiten des Innen- oder Mittelohrs _____

4. Haut ☐ ohne Befund

| | | | |
|-----------------|-------|-------------------------|-------|
| Einstichstellen | _____ | auffälliges Nasenseptum | _____ |
| Leber-Stigmata | _____ | andere Auffälligkeiten | _____ |

5. Psyche ☐ ohne Befund

| | | | |
|-------------------------------------|-------|------------------------|-------|
| Stimmung | _____ | Affekte | _____ |
| Aufmerksamkeit | _____ | Konzentration | _____ |
| Gedächtnis | _____ | kognitive Defizite | _____ |
| Anhaltspunkte für beginnende Demenz | _____ | andere Auffälligkeiten | _____ |

6 Nervensystem ☐ ohne Befund

| | | | |
|------------|-------|---------------------------|-------|
| Motorik | _____ | Sensibilität | _____ |
| Strichgang | _____ | Vegetative Zeichen/Tremor | _____ |

7 Herz-Kreislauf ☐ ohne Befund

| | | | |
|-----------------|-------|--------------------------|-------|
| Puls | _____ | Blutdruck | _____ |
| periphere Pulse | _____ | Auskultation/Herzgrenzen | _____ |
| Venen | _____ | Insuffizienzzeichen | _____ |

8 Atmungsorgane ☐ ohne Befund

| | | | |
|--------------|-------|----------------|-------|
| Torax | _____ | obere Luftwege | _____ |
| Auskultation | _____ | Perkussion | _____ |

9 Abdominalorgane ☐ ohne Befund

| | | | |
|-------|-------|------------------------|-------|
| Leber | _____ | andere Auffälligkeiten | _____ |
|-------|-------|------------------------|-------|

10 Bewegungsapparat ☐ ohne Befund

| | | | |
|---|-------|-----------|-------|
| Defekte | _____ | Lähmungen | _____ |
| Unfallfolgen | _____ | | |
| Funktions- und Bewegungseinschränkungen (Kopf- / und Rumpfdrehen) | _____ | | |

11 Andere Auffälligkeiten

Zusatzuntersuchungen (bei begründeter Indikation): Laborbefunde (z.B. Alkoholmarker, Drogenscreening), EKG, Kurztests zur Ermittlung von Hirnleistungsdefiziten (z.B. Trail-Making-Test A und B / Mini-Mental-Status-Test, Uhrentest):

Beurteilung, Diagnosen _____
Untersuchungsdatum _____

Stempel und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes _____