

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-, Arzneimittelmissbrauch 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
mässi-

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-

mäßigen Transport, Verkehrsexpertinnen und -experten und
Schiff: Kat. B und C sind

- erfüllt.
- nur mit den Auflagen unter Ziffer 3 erfüllt.
- nicht erfüllt.

Begründung: _____

- 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	unkorrekt	_____	korrigiert	_____
Einäugigkeit	links	unkorrekt	_____	Doppelbilder	_____
Lichtreaktion	_____	_____	Mobilität	_____	_____
Gesichtsfeld	_____	_____	_____	_____	_____

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

Konversationssprache _____ Meter (rechts / links) Flüstersprache _____ Meter (rechts / links)

Krankheiten des Innen- oder Mittellohrs _____

4 Haut

Einstichstellen	<input type="checkbox"/> ohne Befund	auffälliges Nasenseptum	_____
Leber-Stigmata	_____	andere Auffälligkeiten	_____

5 Psyche

Stimmung	<input type="checkbox"/> ohne Befund	Affekte	_____
Aufmerksamkeit	_____	Konzentration	_____
Gedächtnis	_____	Kognitive Defizite	_____
Anhaltspunkte für beginnende Demenz	_____	andere Auffälligkeiten	_____

6 Nervensystem

Motorik	<input type="checkbox"/> ohne Befund	Sensibilität	_____
Strichgang	_____	Vegetative Zeichen/Tremor	_____

7 Herz-Kreislauf

Puls	<input type="checkbox"/> ohne Befund	Blutdruck	_____
periphere Pulse	_____	Auskultation/Herzgrenzen	_____
Venen	_____	Insuffizienzzeichen	_____

8 Atmungsorgane

Torax	<input type="checkbox"/> ohne Befund	obere Luftwege	_____
Auskultation	_____	Perkussion	_____

9 Abdominalorgane

Leber	<input type="checkbox"/> ohne Befund	andere Auffälligkeiten	_____
-------	--------------------------------------	------------------------	-------

10 Bewegungsapparat

Defekte	<input type="checkbox"/> ohne Befund	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