



Ärztliches Gutachten

über die Eignung von

Name Vorname

Geburtsdatum Heimatort

Strasse PLZ Ort

1. Befund

Sehschärfe rechts unkorrigiert korrigiert

Sehschärfe links unkorrigiert korrigiert

Es bestehen keine verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen oder Zustände wie zum Beispiel: Einschränkungen des Gesichtsfelds / Fortschreitende Augenkrankheit / Bewusstseinsstörungen / Einschlafneigung / Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol-, Betäubungsmittel oder Arzneimittel / Diabetes / Demenzielle Entwicklung / Psychische Erkrankungen / Synkopen / Epilepsie oder andere neurologische Erkrankungen / Kognitive Defizite

Es bestehen die folgenden verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen oder Zustände:
.....

2. Schlussfolgerungen medizinische Mindestanforderungen (Anhang 1 VZV) erfüllt:

1. medizinische Gruppe Ja Nein Tragpflicht Sehhilfe Ja Nein
(A,A1,B,B1,F,G,M) Schifffahrt: Kat.A,D

2. medizinische Gruppe Ja Nein Tragpflicht Sehhilfe Ja Nein
(C,C1,D,D1,BPT) Schifffahrt: Kat.B,C

3. Auflagen Fahreignung

Die Fahreignung ist gegeben, jedoch nur unter folgenden Auflagen bzw. fachärztlicher Zustimmung.
.....

4. Nächste Kontrolluntersuchung Fahreignung

Nächster ärztlicher Kontrolluntersuch der Fahreignung gemäss den gesetzlichen Vorschriften.

Die Frist bis zur nächsten Untersuchung wird verkürzt auf Monate, anerkannte Ärztin oder anerkannter Arzt der Stufe

5. Untersuchung Fahreignung abgeschlossen

Datum Stempel und Unterschrift
der berechtigten Ärztin oder des berechtigten Arztes

GLN Nr.