**Justiz-, Polizei- und Militärdepartement**
Strassenverkehrsamt
Brüggliweg 1
9050 Appenzell
Tel. +41 71 788 95 34

KANTON
APPENZELL INNERRHODEN

# 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 Zustande 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:

a) medizinische Gruppe ☐ Ja ☐ Nein Tragpflicht Sehhilfe ☐ Ja ☐ Nein
(A,Al,B,Bl,F,G,M) Schifffahrt: Kat.A,D

b) medizinische Gruppe ☐ Ja ☐ Nein Tragpflicht Sehhilfe ☐ Ja ☐ Nein
(C,Cl,D,Dl,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 berechtigen Arztes

GLN Nr. ..... .....