



Name Vorname

## Krankheiten, Behinderungen und Substanzkonsum

Ärztliche Abklärungen werden nach den gesetzlichen Bestimmungen angeordnet

Ja

Nein

### Haben Sie eine der folgenden Krankheiten oder sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung:

• Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) oder andere Stoffwechselerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Herz-Kreislauf-Erkrankung (erhebliche Blutdruckstörung, Herzinfarkt, Thrombose, Embolie, Rhythmusstörungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Augenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung der Atmungsorgane (ohne Erkältungskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung der Bauchorgane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankung des Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Krankheiten mit Lähmungsercheinungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nierenerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erhöhte Tagesschläfrigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chronische Schmerzzustände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• nicht folgenlos ausgeheilte Unfallverletzungen (Schädel-Hirn-, Rücken-, Extremitäten-Verletzungen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Krankheiten mit Hirnleistungsstörungen (Konzentrations-, Gedächtnis-, Reaktionsstörung usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Haben Sie heute oder hatten Sie jemals:

• Probleme mit Alkohol, Betäubungsmitteln und/oder Arzneimitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◦ <b>Wenn ja:</b> Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (Entzugstherapie/ambulante Behandlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eine psychische Erkrankung (Schizophrenie, Psychose, manische oder schwere depressive Erkrankung usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◦ <b>Wenn ja:</b> Waren oder sind Sie deswegen in Behandlung (stationär oder ambulant)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie oder epilepsieähnliche Anfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ohnmachtsanfälle/Schwächezustände/Krankheiten mit erhöhter Einschlafneigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie andere Krankheiten oder Behinderungen, die Sie am sicheren Führen eines Fahrzeugs hindern könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bemerkungen oder Ergänzungen zu den obigen Angaben:

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet haben, ist ein Arztzeugnis beizulegen, welches über die Fahreignung Auskunft gibt. Weitere Abklärungen / Untersuchungen bleiben vorbehalten.

## Sehtest (gültig 24 Monate)

Auszufüllen durch eine/n ermächtigte/n Optiker/in oder Arzt/Ärztin, **ansässig in der Schweiz**

### Sehschärfe: Fernvisus

unkorrigiert:

korrigiert:

R: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ L: \_\_\_\_\_

### Horizontales Gesichtsfeld:

1. medizinische Gruppe ☐  $\geq 120$  ☐  $< 120$   
2. medizinische Gruppe ☐  $\geq 140$  ☐  $< 140$

### Ausfälle:

☐ nein ☐ ja ☐ rechts ☐ links  
☐ oben ☐ unten

### Augenbeweglichkeit:

☐ nach rechts oben, rechts, rechts unten, links oben, links und links unten geprüft

Doppelbilder ☐ nein ☐ ja, Richtung: \_\_\_\_\_

### Beurteilung:

☐ 1. medizinischen Gruppe ☐ 2. medizinischen Gruppe  
☐ ohne Sehhilfe erfüllt ☐ ohne Sehhilfe erfüllt  
☐ nur mit Sehhilfe erfüllt ☐ nur mit Sehhilfe erfüllt  
☐ nicht erfüllt ☐ nicht erfüllt

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift  
Optiker/In oder Arzt/Ärztin

## Vormundschaft und Beistandschaft:

Sind Sie Minderjährig oder stehen Sie unter umfassender Beistandschaft?

☐ ja ☐ nein

Wenn Ja: Name und Adresse (Vater, Mutter oder Beistand)

## Unterschrift (Vater, Mutter oder Beistand):

## Strafbestimmungen

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigung einen Ausweis erschleicht, wird mit Gefängnis oder Busse bestraft (Art. 97 SVG) und hat mit dem Entzug des Ausweises zu rechnen (Art. 16 SVG).

Datum:

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Gesuchstellerin / Gesuchsteller