Resultat der ärztlichen Fahreignungsuntersuchung von nicht militärdienstpflichtigen Inhabern und Inhaberinnen einer militärischen Fahrberechtigung der Hauptkategorien 930, 950 oder 960

Exemplar für den Inhaber oder die Inhaberin einer militärischen Fahrberechtigung
(Mitzuführen und auf Verlangen vorzuweisen)

Name/Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

PLZ/Wohnort: ..... Adresse: .....

1. Befund

1.1	Sehschärfe:	rechts:	unkorrigiert:	.....	korrigiert:	.....
		links:	unkorrigiert:	.....	korrigiert:	.....

1.2 ☐ Es bestehen keine verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen oder Zustände

☐ Es bestehen folgende verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen oder Zustände:

- ☐ Einschränkungen des Gesichtsfeldes
- ☐ Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol, Betäubungsmittel oder Arzneimittel
- ☐ Diabetes
- ☐ Psychische Erkrankungen
- ☐ Einschlafneigung
- ☐ Kognitive Defizite
- ☐ Fortschreitende Augenkrankheit
- ☐ Epilepsie oder andere neurologische Erkrankungen
- ☐ Bewusstseinsstörungen
- ☐ Synkopen
- ☐ Demenzielle Entwicklung

2. Schlussfolgerungen

2.1 Die medizinischen Mindestanforderungen (Anhang 1 VZV) der 2. medizinischen Gruppe sind:
☐ erfüllt
☐ nur mit den nachstehenden Auflagen erfüllt (Ziff. 3)
☐ nicht erfüllt

Kurze Begründung: .....

.....

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

3. Auflagen

3.1 ☐ Tragen einer Sehhilfe für die 2. medizinische Gruppe

3.2 Regelmässige ärztliche Kontrolle bei Spezialärztin / Spezialarzt für: .....

3.3 Andere Auflagen: .....

4. Nächste Kontrolluntersuchung

☐ Normale Kontrollabstände nach VZV

☐ Kürzere Kontrollabstände als nach VZV:
Nächste Kontrolluntersuchung in ……. Monat/en durch einen anerkannten Arzt oder eine anerkannten Ärztin der Stufe …….

Datum der Untersuchung: **Stempel, Unterschrift, GLN des Arztes / der Ärztin:**

....