



Ärztliches Zeugnis: Fahreignung und Diabetes mellitus

Name: Geb.:

1. **Diagnose:** bekannt seit:

2. **Diabetes-Therapie:** orale Therapie (oder GLP1-Agonist) mit:

Insulintherapie mit:

3. **Hypoglykämie-Risikostufe für Motorfahrzeuglenker gemäss Richtlinien SGED, SDG und SGRM**

kein Risiko tiefes Risiko erhöhtes Risiko hohes Risiko

4. **Instruktion bezüglich der Vermeidung von Hypoglykämien am Steuer und Compliance:**

Die Instruktion ist erfolgt am: und/oder Merkblatt abgegeben am:

Wissensstand:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Einhaltung der Verhaltensregeln:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend

5. **Sind in den letzten 2 Jahren schwere Hypoglykämien (Grad II oder III) vorgekommen?**

Nein Ja Wenn ja, wann und wie häufig?

6. **Besteht eine fehlende Hypoglykämie-Wahrnehmung?** (z.B. Clarke-Score 4 oder mehr) Nein Ja

7. **Laborwerte** (soweit vorhanden):

Datum	HbA1c	Allenfalls andere Laborwerte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. **Bestehen Folgeerkrankungen** (Retinopathie, Neuropathie, Niereninsuffizienz, Angiopathie) Nein Ja

Wenn ja, welche?

9. **Sehvermögen:** Die letzte augenärztliche Kontrolle hat am: stattgefunden.

Sehschärfe: Fernvisus **unkorr.** re: li: **korr.** re: li:

10. **Bemerkungen oder Angaben über andere verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen?**

Der/die unterzeichnende Arzt/Ärztin bestätigt, dieses Zeugnis in Kenntnis der „Richtlinien bezüglich Fahreignung und Fahrfähigkeit bei Diabetes“ der SGED, SDG und SGRM 2017 verfasst zu haben.

Datum: Stempel/Unterschrift: