

FACHÄRZTLICHES-KARDIOLOGISCHES ZEUGNIS FAHREIGNUNG UND KARDIOLOGIE

Name:

Geb.:

1. Diagnosen?

2. Verlauf in den letzten 2 Jahren oder seit der letzten Berichterstattung vom:

3. Aktuelle Therapie?

4. Ergänzende Informationen

Synkopen: Ja Nein
Wenn Ja: wann? einmalig mehrfach

ICD: Ja Nein
Wenn Ja: wann? Implantation: primär sekundär
bei Schockabgabe: wann?

Risikoeinschätzung für Schockabgabe: klein mittel hoch

5. Risikofaktoren: *Manifeste Herzinsuffizienz/Noxen/andere?*

6. Bei höheren Führerausweiskategorien (Car, Lastwagen, Taxi etc.):

EF:

Belastungstest: wann? Ergebnis?

Sind relevante Rhythmusstörungen vorhanden/aufgetreten?

7. Wann ist die nächste kardiologische Kontrolle vorgesehen?

Datum:

Stempel/Unterschrift:

Wir bitten Sie, das Zeugnis an das zuständige Strassenverkehrsamt des Wohnkantons zu senden

Wir bitten Sie, das Zeugnis an die Verkehrsmedizin der ARBEITSMED AG zu senden (Adresse, E-Mail; siehe Fusszeile)

