Zeugnis Fahreignung und psychische Erkrankung

Name	Vorname	Geb.Datum	Adresse Patient
.....	.....	.....	.....

1. **Seit wann und weswegen (Diagnose) erfolgt eine psychiatrische Betreuung?** Wie ist der bisherige Therapieverlauf bzw. der Verlauf seit der letzten Berichterstattung (Symptomatik, Hospitalisation/en (wenn möglich bitten wir um eine Kopie des letzten Austrittsberichtes), Krankheitseinsicht, Motivation, Compliance). Welche Medikamente werden verordnet?

2. **Bestehen andere verkehrsmedizinisch relevanten Erkrankungen?** (z.B. Epilepsie, neurologische Erkrankungen, Diabetes, Bewusstseinsstörungen, Synkopen, Einschlafneigung, dementielle Entwicklung, etc.)?

3. **Frage nach Suchtmittelkonsum** (Problematik, Therapie, Abstinenz)?

4. **Arbeitssituation? Soziale Situation**

5. **Ist eine (erneute) amtsärztliche Abklärung der Fahreignung angezeigt?**

Datum: ..... Stempel/Unterschrift: .....

Bemerkungen:

- Für allfällige weitere Angaben oder Bemerkungen bitten wir Sie, die Rückseite zu benutzen.
- Bei offenen Fragen wenden Sie sich bitte an die verkehrsmedizinische Abteilung des IRM St. Gallen Tel. 071 / 494 21 56, Fax 071 / 494 28 75 / www.irmsg.ch