

Name:

Geb.:

1. Diagnosen?

2. Aktuelle Antiepileptika-Therapie?

3. Verlauf seit Diagnosestellung oder seit der letzten Berichterstattung vom:

4. Datum des letzten Anfalles:

5. Ist das zuletzt durchgeführte EEG (Untersuchungsdatum) vom:  
mit der Fahreignung kompatibel?      Ja              Nein

6. Besonderheiten bezüglich Compliance, Begleiterkrankungen, Suchtleiden:

7. Ist die Fahreignung aus neurologischer Sicht gegeben?      Ja              Nein

Wenn ja, für welche Kategorie?

8. Die nächste Kontrolle mit Zeugniserstattung ist vorgesehen in:

1 Jahr      2 Jahren      anderer Zeitpunkt:              Begründung:

Datum:

Stempel/Unterschrift:

---

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

*Wir bitten Sie, das Zeugnis zu senden an: Institut für Rechtsmedizin, Verkehrsmedizin, Rorschacher Strasse 95, 9007 St. Gallen/ E-Mail: irmvm@kssg.ch*