

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