

Zeugnis Fahreignung und Diabetes mellitus

Name Vorname Geb.Datum Adresse Patient

.....

1. Die Krankheit ist bekannt seit Jahren.

- Diabetes mellitus Typ 1, Therapie: konventionelle Insulintherapie (2x täglich)
 intensivierte / funktionelle Insulintherapie
- Diabetes mellitus Typ 2, Therapie: nur Diät allein
 orale Therapie mit:
 Insulintherapie

2. Instruktion bezüglich der Vermeidung von Hypoglykämien am Steuer und Compliance

- Die Instruktion ist gut Die Compliance ist gut
 genügend genügend
 ungenügend ungenügend

3. Sind in den letzten Jahren ernsthafte Hypoglykämien vorgekommen?

- Grad II Hypoglykämie mit Einschränkung der Handlungsfähigkeit, ohne Bewusstseinsverlust
 Grad III Hypoglykämie mit Bewusstseinsverlust

Anmerkung (Häufigkeit, letztmals, Wahrnehmung?) ⇒

4. Laborwerte

Datum	HbA1C	andere

5. Bestehen Spätkomplikationen? Wenn ja, welche?

- erhebliche Retinopathie
 erhebliche periphere Neuropathie
 Makroangiopathie mit Folgezuständen (welche?)

6. Sehschärfe

Fernvisus: unkorrigiert re: li: korrigiert: re: li:
Wesentliche Gesichtsfeldeinschränkungen nein ja (ggf. Kopie des Perimetriebefundes beilegen)
Wann hat die letzte Augenkontrolle stattgefunden?

7. Weitere Bemerkungen oder Angaben über andere verkehrsmedizinisch relevante Erkrankungen?

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