

# Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage bei der Fahrerlaubnisbehörde

LANDRATSAMT  
ANSBACH



Familienname	
Vorname/n	
Geburtsdatum	
Straße / Hausnummer	
PLZ / Wohnort	

o. g. Person befindet sich seit dem \_\_\_\_\_ in meiner ärztlichen Behandlung und Kontrolle.

Bei o. g. Person liegt ein Diabetes mellitus Typ \_\_\_\_ vor, der folgendermaßen behandelt wird: (bitte ankreuzen)

- Therapie mit Diät und Lebensstilanpassung
- Medikamentöse Therapie mit niedrigem Hypoglykämierisiko
- Medikamentöse Therapie mit hohem Hypoglykämierisiko (Sulfonylharnstoffe, Insulin)

Lag bei o. g. Person in den letzten 12 Monaten eine fremdhilfebedürftige Hypoglykämie vor?

- Ja, einmalig                       Ja, öfter als einmal                       Nein

Liegt bei o. g. Person eine stabile Stoffwechselführung über die letzten 3 Monate vor?

- Ja                                       Nein

Liegt bei o. g. Person eine ungestörte Hypoglykämiewahrnehmung vor?

- Ja                                       Nein                                       Keine Aussage möglich

Ist eine kurze ärztliche Kontrolle betreffend die Eignung zum Führen von KFZ erforderlich?

- Ja                                       Nein                                       im Abstand von \_\_\_\_\_

Die Blutzuckerwerte schwanken zwischen \_\_\_\_\_ mg/dl und \_\_\_\_\_ mg/dl.

Der HbA1c-Wert beträgt \_\_\_\_\_ %.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel & Unterschrift Arzt

Von den oben gemachten Angaben bezüglich meiner Diabetes mellitus Erkrankung habe ich Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift