

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