Wallonie sécurité routière AWSR

Für weitere Informationen :

Internet : www.awsr.be/dac

Erbitten Sie eine Broschüre per Post.

DAC - Antrag auf Beurteilung der Fahrtauglichkeit

Medizinischer Frageboden

Name - Vorname: .....

Datum: ..... /..... /.....

Ablauf des Verfahrens zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit

1. Sie stellen bei der DAC anhand des ärztlichen Fragebogens einen Antrag auf Beurteilung:
   - ✓ Lesen und unterschreiben Sie die « Einwilligung in die Erfassung der personenbezogenen Daten » (Seite 2), Beantworten Sie die Fragen « Persönliches Formular » (Seiten 3 bis 5) und füllen Sie die Spalte A des « medizinisches Formular » aus (Seiten 6 und 7).
   - ✓ Lassen Sie Ihren Arzt / Ihre Ärzte die Spalte B des « medizinisches Formular » (Seiten 6 und 7) und die « medizinische Akte » (Seiten 8 bis 26) ausfüllen.
   - ✓ Senden Sie den ausgefüllten ärztlichen Fragebogen sowie die eventuellen ergänzenden Berichte, die Sie von Ihren Ärzten erhalten haben, an die folgende Adresse:

DAC
Chaussée de Liège, 654C
5100 Jambes
ODER
dac@awsr.be
(Nur als PDF-Datei)

+

Eine Kopie der Vorder- und Rückseite Ihres Führerscheins (wenn Sie einen Führerschein haben)

2. Die DAC sendet Ihnen eine Vorladung.

3. Sie treffen die Experten der DAC in einer von unseren 19 Provinz-Geschäftsstellen für einen **Fahrtest in einer realen Fahrsituation mit einem Fahrzeug, das an Ihre Anforderungen angepasst werden kann**. Wenn eine zusätzliche neuropsychologische oder ärztliche Untersuchung erforderlich ist, wird der Termin in Namur vereinbart.

4. Die DAC teilt Ihnen die Entscheidung auf dem Postweg mit.

5. Sie übermitteln diese Entscheidung an Ihre Gemeindeverwaltung.

Bitte dieses Dokument nicht falten – keine Heftklammern anbringen – Einschreiben vermeiden

Janvier 2026

AGENCE WALLONNE POUR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE ASBL
Chaussée de Liège, 654c B-5100 Jambes
T. +32 (0)81 140 401
TVA : BE 0539.960.891 - RPM Liège (div.Namur) - BE45 0017 1714 1789
dac@awsr.be - www.awsr.be/dac

Einwilligung in die Erfassung Ihrer personenbezogenen Daten

Die Abteilung für Fahrtauglichkeit (« Département Aptitude à la Conduite », im Folgenden „DAC“ genannt) ist eine Abteilung der Wallonischen Agentur für Verkehrssicherheit (nachstehend als „AWSR“ bezeichnet). Zweck der DAC ist es, die Fahrtauglichkeit von Personen, die eine funktionelle Störung aufweisen, festzustellen. Hierzu erfasst die DAC sensible personenbezogene Daten zu Ihrer Gesundheit. **Indem Sie dieses Formular unterschreiben, erteilen Sie ausdrücklich Ihre Einwilligung in die Sammlung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen und medizinischen Daten im Zusammenhang mit dem obengenannten Zweck.**

Ihre personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum und -ort, Beruf, Adresse, Telefonnummer und E-Mail-Adresse), Informationen zu Ihrer Situation hinsichtlich des Fahrens (Führerschein) und Ihre Vorgeschichte als Fahrer, Angaben von Ihrem Hausarzt sowie die medizinischen Daten in unserem Formular werden gesammelt und verarbeitet, um Ihre Akte als „Bewerber“ zusammenzustellen, um über Ihre Fahrtauglichkeit zu entscheiden und um Sie zu kontaktieren.

Gemäß Artikel 45 des Königlichen Erlasses (K.E.) vom 23. März 1998 über den Führerschein, abgeändert durch den Erlass der Wallonischen Regierung vom 20. Juli 2017, wird die AWSR durch den Ministeriellen Erlass vom 21. Dezember 2018 zum anerkannten Zentrum zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit auf dem Gebiet der Wallonie bestimmt. Die AWSR ist daher befugt, die zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit in der Wallonie benötigten Informationen zu sammeln und zu verarbeiten. Ohne diese Informationen ist es ihr nicht möglich, ihre Aufgabe - die Beurteilung der Fahrtauglichkeit - zu erfüllen.

Ihre medizinischen Daten werden mit größter Diskretion von den Personalmitgliedern der DAC verarbeitet und können an den Arzt/die Ärzte, der bzw. die im Rahmen Ihrer Beurteilung der Fahrtauglichkeit tätig ist/sind, weitergegeben werden. Ihre personenbezogenen Daten (Ihre persönlichen Angaben sowie die von den Experten für Fahrtauglichkeit getroffene Entscheidung) werden ebenfalls von den Personalmitgliedern der DAC verarbeitet und können an den Arzt/die Ärzte, der bzw. die im Rahmen Ihrer Beurteilung der Fahrtauglichkeit tätig ist/sind, an die Gemeindebediensteten, die Ihren Führerschein ausstellen oder zurückgeben, die Fachleute, die Ihr Fahrzeug anpassen werden, sowie an die AViQ (Agentur für ein erfülltes Leben) oder DSL (Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben) weitergegeben werden. Alle gesammelten Daten werden auf einem gesicherten Server gespeichert, der bei einem Zulieferer gehostet ist. Dieser Zulieferer ist durch eine spezifische Vertragsbestimmung gebunden, welche jede Operation zur Verarbeitung Ihrer Daten im Auftrag der AWSR regelt, sowie durch die Vertraulichkeitsverpflichtungen, die in den Gesetzestexten zur Umsetzung der Richtlinie 95/46/EG vorgesehen sind.

Die personenbezogenen Daten, darunter auch die Gesundheitsdaten, werden während maximal 10 Jahren nach dem letzten Kontakt mit Ihnen aufbewahrt.

Sie können jederzeit Einsicht in die von der DAC gesammelten Daten verlangen (Auskunftsrecht) und Sie können verlangen, dass diese Daten geändert/berichtigt oder gelöscht werden, ohne dass dies die Gültigkeit der Verarbeitung berührt, die auf der Grundlage der vor diesem Widerruf erteilten Einwilligung erfolgt ist. Im Falle des Widerrufs der Einwilligung kann die DAC die Beurteilung Ihrer Fahrtauglichkeit nicht gewährleisten.

Wie werden diese Daten geschützt?

Gemäß ihrer Verpflichtung ergreift die AWSR unter Berücksichtigung des Stands der Technik angemessene organisatorische und technische Maßnahmen, um die Sicherheit, Integrität und Vertraulichkeit der personenbezogenen Daten zu schützen, um so insbesondere zu verhindern, dass sie verändert oder beschädigt werden oder dass unbefugte Dritte Zugriff darauf haben.

Die personenbezogenen Daten werden in einer spezifischen passwortgeschützten Datenbank gespeichert. Ausschließlich das Personal der DAC hat darauf Zugriff. Die AWSR verfügt über einen logischen Schutz, der beruht auf:

a. einer internen Firewall und einer Antivirus-Software
b. einer formellen Verwaltung der Zugriffsrechte auf der Grundlage der Funktionen und Verantwortungsgebiete.

Redundante Sicherungen ermöglichen es jederzeit, die Kontinuität unserer Dienste sicherzustellen, ohne Unterbrechung und ohne Datenverlust.

Bestimmungen zum Berufsgeheimnis und zum Schutz der Privatsphäre sind in der Arbeitsordnung der AWSR enthalten. Die Räume, in denen sich die Computer und der Server befinden, sind physisch vor jedem unbefugten Eindringen geschützt. Die Maschinen selbst sind physisch verriegelt.

Es wurde ein Datenschutzbeauftragter ernannt.

Im Falle eines Datenlecks (Zerstörung, Verlust, Änderung, unbefugte Offenlegung...), welches Ihre Rechte und Freiheiten beeinträchtigen kann, informieren wir Sie so schnell wie möglich, und die AWSR verpflichtet sich, alle notwendigen Maßnahmen zu ergreifen, um diese Situation zu beheben. Die Kontaktangaben eines Ansprechpartners, Informationen zur Art des Datenlecks, zu dessen Folgen sowie zu den Maßnahmen, die zur Behebung ergriffen wurden, werden mitgeteilt.

Bei Fragen zur Verarbeitung und zum Schutz der personenbezogenen Daten können Sie dem Datenschutzbeauftragten eine E-Mail unter folgender Adresse schicken: dpo@awsr.be.

Bei einer Meinungsverschiedenheit kann Beschwerde bei der Datenschutzbehörde eingelegt werden: Rue de la Presse 35, 1000 Brüssel.

Zum Zeichen der Zustimmung - Gegeben in ..... am .....

Ihre Unterschrift (mit dem Vermerk „gelesen und genehmigt“) :

ABSCHNITT A - PERSÖNLICHES FORMULAR **Ausschließlich von Ihnen auszufüllen**

1. *Ihre persönlichen Daten* ** Es ist sehr wichtig, dass wir über diese Informationen verfügen*

Name: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Vorname: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Geburtsdatum: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__| Geschlecht (m/w/d) : |___|

Geburtsort: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Beruf: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse (Straße)*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nr.*: |__|__|__|__|__| Briefk.*: |__|__| Postleitzahl*: |__|__|__|__|

Ort*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Telefon*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Mobil*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-Mail-Adresse*: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

➢ Stehen Sie unter Vermögensverwaltung/Vormundschaft (Unzutreffendes streichen)
Wenn JA, geben Sie deren Koordinaten genau an: ……
……

2. *Ihre Anfrage*

➢ Wurde Ihre Fahrtauglichkeit aus medizinischer Sicht bereits beurteilt?

☐ JA ☐ NEIN

Falls JA, von welchem anerkannten Zentrum oder Arzt? ……
Welche Entscheidung wurde getroffen? ……
Wann wurde Sie zum letzten Mal untersucht? ……. /…… /……

➢ Welches ist die Art Ihrer Anfrage?

☐ Sie stellen sich Fragen zu Ihrer Fahrtauglichkeit im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand
☐ Die Verlängerung Ihres Führerscheins
☐ Eine Veränderung Ihres Gesundheitszustands
☐ Eine Verschlimmerung Ihres Gesundheitszustands, sodass Sie gezwungen sind, vor Ablauf Ihres Führerscheins einen Termin anzufragen
☐ Kauf eines neuen Fahrzeugs
☐ Umrüstung Ihres Fahrzeugs
☐ Sonstiges: ……

➢ Sie erledigen diese Schritte aufgrund der Empfehlung von / infolge der Anfrage von:

☐ Ihrem Arzt: falls ja, welches ist sein Fachgebiet? ……
☐ Einem Reha-Zentrum/Krankenhaus: falls ja, welches? ……
☐ Ihrer Versicherungsgesellschaft: falls ja, welche? ……
☐ Ihrem Umfeld
☐ Ihrem Arbeitgeber
☐ MEDEX/ Ihrer Arbeitsmedizin: falls ja, welche? ……
☐ Einer gerichtlichen Behörde: falls ja, welche (Polizei, Staatsanwalt, Richter…)?
……
☐ Einem Zentrum zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis (nach deren Entziehung)?
Falls Ja, näher angeben: ……
☐ Andere (bitte näher angeben): ……

- Für welche(n) Fahrzeugtyp(en) würden Sie gerne beurteilt?
  - ☐ AM : Mofa/Scooter
  - ☐ A : Motorrad
  - ☐ B : Pkw
  - ☐ BE : Pkw + Anhänger (zul. Gesamtgewicht > 750kg)
  - ☐ G : Zugmaschine
  - ☐ Gruppe 2 (Berufsfahrer)*: ☐A - ☐B - ☐C - ☐C_1 - ☐CE - ☐C_1E - ☐D - ☐D_1 - ☐DE - ☐D_1E - ☐G

Achtung: der Antrag auf Beurteilung mit Blick auf einen Führerschein für die Gruppe 2 muss bei einem zuständigen Dienst eingereicht werden, der befugt ist, über ihre berufliche Fahrtauglichkeit zu befinden, beispielsweise MEDEX oder ein anerkanntes arbeitsmedizinisches Zentrum. **Es ist daher unerlässlich, im Voraus den zuständigen Arbeitsmediziner zu konsultieren** (informieren Sie sich bei Ihrem Arbeitgeber).

3. Führerschein

- Besitzen Sie einen Führerschein?
  - ☐ NEIN, noch nicht
  - ☐ JA, vorläufig (in Fahrschulung) bis zum …… /…… /……
  - ☐ JA, seit dem …… /…… /…… (unbefristete Dauer / befristet bis zum …… /…… /……)
    Für die Kategorien: ☐AM - ☐A - ☐B - ☐BE - ☐C - ☐C_1 - ☐CE - ☐C_1E - ☐D - ☐D_1 - ☐DE - ☐D_1E - ☐G
  - ☐ JA, aber mir wurde die Fahrerlaubnis entzogen seit dem …… /…… /……
    - Falls Ihnen die Fahrerlaubnis entzogen wurde: Befinden Sie sich in einem Rehabilitierungsverfahren? ☐ JA ☐ NEIN
      Falls JA, bei welcher Einrichtung? ……..

- Sind Sie durch eine Ausnahmegenehmigung vom Tragen des Sicherheitsgurts befreit? ☐ JA ☐NEIN
  Falls ja, Datum der Ausstellung: …… /…… /…… Nr. der Freistellung: ……

4. Fahren und Vorgeschichte als Fahrer

- Fahren Sie zurzeit noch? ☐ JA ☐ NEIN
- Falls NEIN, warum? ……
  Falls JA, haben Sie während des Fahrens besondere Schwierigkeiten? ☐ JA ☐ NEIN
  Bitte näher beschreiben: ……

  ……..
- Waren Sie in den vergangenen 3 Jahren an einem Zusammenstoß/Unfall beteiligt?
  ☐ JA ☐ NEIN
- Falls JA, füllen Sie bitte die folgende Tabelle aus:

Anzahl	Art des Unfalls	Datum/Daten
	Ausschließlich Sachschäden	…… /…… /……
	Mit einer oder mehreren verletzten Person(en)	…… /…… /……
	Mit einer oder mehreren verstorbenen Person(en)	…… /…… /……

Eventuelle Bemerkung:

……

……

/!\ Bitte legen Sie eine Kopie der Vorder- und Rückseite Ihres Führerscheins bei (soweit Sie einen besitzen); dies ermöglicht eine schnellere Bearbeitung Ihrer Akte.

5. Kontaktangaben Ihres Hausarztes

Name und Vorname: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Straße und Hausnr.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Postleitzahl und Ort: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

E-Mail-Adresse: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Telefonnummer: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

6. Unterschrift

Ich erkläre, dass die oben genannten Angaben **korrekt und vollständig** sind. Ich erkläre, die „**Einwilligung in die Erfassung Ihrer personenbezogenen Daten**“ auf Seite 2 zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum: ..... /..... /.....	Name - Vorname: .....
	Unterschrift:

Bevorzugte Orte für die Beurteilung: mehrere, wenn möglich

Wenn eine neuropsychologische / oder ärztliche Untersuchung erforderlich ist, wird der Termin automatisch bei der DAC in Namur vereinbart. **Der praktische Fahrtest** kann in einer unserer Provinz-Geschäftsstellen stattfinden, **zu denen wir uns im Schnitt ein- bis zweimal pro Monat begeben**.

Bitte geben Sie hierunter Ihre Vorlieben an. Entsprechend der eventuellen Gültigkeit Ihres Führerscheins werden wir diese Vorlieben berücksichtigen, **soweit möglich**.

Wall.-Brabant	Clinique du Bois de la Pierre in Wavre	
Hennegau	Führerschein-Prüfungszentrum in Braine-le-Comte	
	Centre Hospitalier EpiCURA – Standort Frameries	
	CHU de Charleroi – Standort Léonard de Vinci	
	Grand Hôpital de Charleroi	
	Hôpital de Jolimont in La Louvière	
	Centre Hospitalier de Wallonie picarde – CHwapi in Tournai	
Lüttich	Führerschein-Prüfungszentrum in Huy-Tihange	
	Führerschein-Prüfungszentrum in Lontzen	
	Führerschein-Prüfungszentrum in Wandre	
	CHU Lüttich – Standort Ourthe-Amblève in Esneux	
	Centre Hospitalier de Peltzer in Verviers	
	Citadelle – Standort Château Rouge in Herstal	
	CNRF de Fraiture-en-Condroz	
	Centre Hospitalier Reine Astrid in Malmedy	
Luxemburg	Führerschein-Prüfungszentrum in Marche-en-Famenne	
	Führerschein-Prüfungszentrum in Arlon	
	CHA Vivalia – Libramont	
Namur	DAC in Jambes	

Gut zu wissen: Die DAC hat mehr Zeitspannen in **Namur.** Wenn Sie Jambes neben Ihrer bevorzugten Anlaufstelle angeben, sind wir eventuell in der Lage, Ihnen ein schnelleres RDV vorzuschlagen, wenn ein anderer Bewerber zurücktritt.

ABSCHNITT B - MEDIZINISCHES FORMULAR — **Von Ihnen UND Ihrem Arzt auszufüllen**

Dieser Fragebogen wurde erstellt auf der Grundlage von Anlage 6 „Mindestnormen und Atteste mit Bezug auf die körperliche und psychische Tauglichkeit zum Führen eines Motorfahrzeugs“ des Königlichen Erlasses vom 23. März 1998 über den Führerschein (verfügbar auf unserer Website **www.awsr.be/dac**).

Diese Liste muss unbedingt von Ihnen UND Ihrem Arzt ausgefüllt werden:

	A	*B*
Leiden Sie / Leidet Ihr Patient unter:	***Sie***	***Arzt***
1. Einer neurologischen Erkrankung		Falls JA ▶Seite 8
• Verletzung oder Erkrankung des zentralen Nervensystems (Gehirn und/oder Rückenmark)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Verletzung oder Erkrankung des peripheren Nervensystems (sensibel und/oder motorisch)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Fortschreitende neurologische Erkrankung	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Kognitive Störungen (Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Urteilsvermögen, Reaktionsgeschwindigkeit, räumlich/zeitliche Orientierung, Hemineglect-Syndrom…)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Verhaltensstörungen (Dysfunktion des gewöhnlichen Verhaltens, Apathie, Impulsivität, Eßstörungen...)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
2. Einem psychischen Leiden		Falls JA ▶Seite 10
• Psychische oder nervöse Störungen (Depression, Schizophrenie, Psychose, bipolare Störungen, Halluzinationen…)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
3. Epilepsie		Falls JA ▶Seite 11
• Epilepsie (Anfälle in den vergangenen 5 Jahren)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Ein einzelner Anfall, der durch einen erklärbaren Faktor hervorgerufen wurde	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
4. Pathologischer Schläfrigkeit		Falls JA ▶Seite13
• Abnorme, übermäßige Müdigkeit oder Schläfrigkeit während des Tages	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Schlafapnoesyndrom	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Narkolepsie und/oder Kataplexie	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
5. Bewegungsstörungen		Falls JA ▶Seite 14
• Verringerung der Muskelkraft	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Verringerung oder Übermässige Gelenkbeweglichkeit	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Koordinationsstörungen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Störungen der Oberflächen- oder Tiefensensibilität	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Teilweise oder vollständige Lähmung eines oder mehrerer Gliedmaßes(en)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Fehlen/Amputation eines oder mehrerer Gliedmaßes(en)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Verringerung oder Verlust der Beweglichkeit der (Hals-/Brust-/Lenden-) Wirbelsäule	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
6. Einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems		Falls JA ▶Seite 15
• Blutdruckstörung oder arterielle Erkrankung	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Herzkrankheit (Infarkt, Herzinsuffizienz, Arrhythmie, Fehlbildung, Myokarditis…)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Träger eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
7. Diabetes mellitus		Falls JA ▶Seite 16
• Diabetes mellitus	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Signifikantes Risiko einer Über- oder Unterzuckerung	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Durch Insulininjektionen behandelt	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
8. Einer Erkrankung des Gehörs und des Gleichgewichtsorgans		Falls JA ▶Seite 17
• Verlust des Gleichgewichts oder Schwindel	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

9. Einer Augenerkrankung		Falls JA ▶Seite18
• Tragen einer Korrekturbrille für die Fern-Sehschärfe	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• In Behandlung (Katarakt, AMD, ...)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Schlechtes Sehvermögen (verschleiert, verschwommen, doppelt)	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Einengung oder teilweiser Verlust des Gesichtsfelds	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Eingeschränkte oder nicht vorhandene Sicht in der Dunkelheit und/oder bei Blendung	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
10. Abhängigkeitszustand		Falls JA ▶Seite 21
• Übermäßiger Genuss von Drogen, Suchtstoffen, Aufputschmitteln oder Medikamenten	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Substanzen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
11. Einer Nieren- und Lebererkrankung		Falls JA ▶Seite 23
• Nieren- oder Leberleiden	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Auf Dialyse angewiesen	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
12. Einem Implantat		Falls JA ▶Seite 24
• Organverpflanzung	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
• Sonstiges implantiertes Material	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
13. Einer anderen Erkrankung, die nicht in dieser Liste aufgeführt ist	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein
Falls JA, welche?		
.....		
Einnahme von Medikamenten: *JA* – NEIN		
Falls JA, bitte vollständige Liste angeben:		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Doktor, Ist Ihnen bekannt, ob der Patient unter Vermögensverwaltung/oder Vormundschaft steht?: *JA* – NEIN		
Wenn JA, □ Vermögensverwalter □ Vormund Koordinaten	Kontaktdetails:	

PATIENT	ARZT
Datum: ..... /..... /..... **Unterschrift:**	**Datum:** ..... /..... /..... **Name + Adresse + INAMI-Nummer (Stempel):** **Unterschrift:**

Doktor,

- *Geben Sie nähere Einzelheiten zu den Punkten an, auf die Sie im obenstehenden Fragebogen **mit „JA“ geantwortet** haben. **Nehmen Sie dabei Bezug auf die Seitennummern**, die in jedem Kapitel angegeben sind.*

- **Wenn Sie eine Kopie der Entscheidung der DAC wünschen,** bitte hier ankreuzen ☐

ABSCHNITT C - MEDIZINISCHE AKTE — Nur von dem Arzt Ihrer Wahl ganz auszufüllen

Gegenstand dieses Abschnitts ist, einen klaren Eindruck der **aktuellen medizinischen Situation** Ihres Patienten zu erhalten. Wir wiesen Sie darauf hin, **dass ohne ein komplett und sorgfältig ausgefüllter Fragebogen, das Verfahren zur Bewertung länger dauern könnte.**

Nur die Kapitel, für die Sie im Fragebogen auf den zwei vorigen Seiten **mit JA geantwortet haben**, **müssen ausgefüllt werden**.

1. NEUROLOGISCHE ERKRANKUNG

Hauptdiagnose und Datum

Zusätzliche Diagnose(n)

Ätiologie

Komatöser Zustand: *JA* – NEIN

- Schweregrad des Komas:
- Dauer des Komas:
- Dauer der posttraumatischen Amnesie:

Aktuelle funktionelle Situation

	Kraft /5*	Oberfl. Sensibilität N / ↓/ ↓↓/0	Tiefen-sensibilität N/ ↓/ ↓↓/0	Mobilität N/ ↓/ ↓↓/0	Muskeltonus N/ ↑/ ↓	Koordination N/ ↓/ ↓↓	Klonus JA/NEIN
Ob. Gliedm. L							
Ob. Gliedm. R							
Unt. Gliedm. L							
Unt. Gliedm.R							

* 0: keine Muskelverspannung / 1: Muskelverspannung ohne Bewegung / 2: Bewegung ohne Belastung / 3: Bewegung komplett ausgeführt gegen Belastung ohne Widerstand / 4: Bewegung gegen Widerstand / 5: normale Kraft

Nähere Angaben: .....

Verbundene (neuro-)visuelle Störungen: *JA* – NEIN

Falls JA, näher angeben:

Verbundene kognitive Störungen: *JA* – NEIN

Falls JA, näher angeben:

Vorhandensein von Verhaltensstörungen, Störungen des Urteilsvermögens oder Stimmungsschwankungen: *JA* – NEIN
Falls JA, näher angeben:
Bewusstsein des Patienten seine Erkrankung betreffend: JA – *NEIN*
Falls NEIN, näher angeben:
Behandlungen / Medikation
Nähere Angaben: Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN*** Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: ***JA*** **– NEIN**
Im Falle einer fortschreitenden neurologischen Erkrankung (MS, Parkinson, Demenz, ...) scheint die Krankheit:
□ seit 1 Jahr fortgeschritten zu sein □ relativ stabil zu sein (auf einer Ebene)
Im Falle einer erworbenen, nicht fortschreitenden neurologischen Erkrankung (Schädeltrauma, Schlaganfall, ...):
□ scheinen die Folgen sich mittlerweile stabilisiert zu haben □ entwickeln sich die Folgeerscheinungen noch weiter
Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung: *JA* – NEIN
Wenn vor Kurzem bereits eine Untersuchung durchgeführt wurde, fügen Sie deren Ergebnisse bitte bei.

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - mit Vorbehalten - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift des Neurologen:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein Facharzt einen Bericht erstellt hat, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

2. PSYCHISCHE LEIDEN

Diagnose und Datum

Ätiologie

Klassifizierung der Krankheit im DSM IV / DSM-5 oder ICD-10

Aktuelle medizinische Situation

Bitte näher beschreiben:

- Stabil seit 6 Monaten: **JA – *NEIN***
- Im Fall von Schizophrenie : kein Rückfall seit wenigstens 2 Jahren ? JA- NEIN
- Zurzeit sind noch Störungen des Verhaltens, der Urteilskraft, der Anpassung oder der Wahrnehmung vorhanden, die ursächlich für ein unangepasstes oder unvorhersehbares Verhalten am Steuer oder für eine übertriebene Risikobereitschaft am Steuer (impulsive, aggressive Fahrweise) verantwortlich sein können und/oder die psychomotorischen Reaktionen des Fahrers stören können: ***JA*** **– NEIN**

Bitte näher beschreiben:

Behandlungen / Medikation

Nähere Angaben:

Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN***

Die Fahrtauglichkeit wird durch die Medikation beeinflusst: ***JA*** **– NEIN**

Falls JA, kennt der Patient die Risiken der Medikation und die Vorkehrungen, die er treffen sollte: **JA – *NEIN***

Bewusstsein des Patienten seine Störungen betreffend: JA – *NEIN*

Falls NEIN, näher angeben:

Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose

Internierung / Situation der Zwangseinweisung / Unter obligatorischer Nachbetreuung

Aktueller Status: …….

Anfangsdatum: …… /…… /……. Enddatum: …… /…… /…….

Bestellung eines Betreuers für das Vermögen und/oder die Person: *JA*– NEIN

Wenn JA,

□ Vermögensverwalter

□ Vormund Koordinaten

Kontaktdetails: ……

Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung: *JA* – NEIN

Wenn vor Kurzem bereits eine Untersuchung durchgeführt wurde, fügen Sie deren Ergebnisse bitte bei.

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - mit Vorbehalten - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift des Psychiaters:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein psychiatrischer und/oder psychologischer Bericht erstellt wurde, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

3. EPILEPSIE

Diagnose und Datum	
Ätiologie	
Datum	
Erster Anfalls: …… /…… /……	Letzter Anfalls: …… /…… /……
Art des Anfalls	
☐ Generalisiert ☐ Einfach partiell ☐ Komplex partiell	☐ Sekundär generalisiert ☐ Absencen ☐ Andere: ……
Häufigkeit	
Bei einem einmaligen Anfall, ist die Ursache bekannt: JA – *NEIN*	
Falls JA, näher angeben:	
Der letzte Anfall ist verbunden:	
Mit einer Herabsetzung des Antiepileptikums: ***JA* – NEIN** Mit einer Änderung des Antiepileptikums: ***JA* – NEIN** Andere bekannte Ursache: …… ➢ Nach dem Anfall, Rückkehr zur vorigen Behandlung: **JA – *NEIN*** ➢ Nach dem Anfall, andere Behandlung: ***JA* – NEIN**, Falls JA welche: ……	
Persistenz von einfach partiellen Epilepsieanfällen ohne Veränderung des Bewusstseins und ohne Auswirkung auf die Fahrtauglichkeit, ohne andere epileptische Anfälle seit mindestens 1 Jahr: *JA* – NEIN	

Persistenz von epileptischen Anfällen, aber nur während des Schlafs und ohne weitere Anfälle tagsüber seit mindestens 2 Jahren: *JA* – NEIN

Datum und Ergebnis des letzten EEG

- Datum des EEG: …… /…… /……
- Ergebnis des EEG: ……..
- Sind epileptiforme Anomalien vorhanden: ***JA* – NEIN**

Behandlungen / Medikation

Nähere Angaben:

Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN***
Der Patient hat einen chirurgischen Eingriff erhalten: ***JA* – NEIN**
Falls JA, Datum des Eingriffs: …… /…… /……

Art des Eingriffs: ……
Die Fahrtauglichkeit wird durch die Medikation beeinflusst: ***JA* – NEIN**

Bewusstsein des Patienten seine Störungen betreffend: JA – *NEIN*

Falls NEIN, näher angeben:

Aktuelle medizinische Situation

Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose

Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung: *JA* – NEIN

Wenn vor Kurzem bereits eine Untersuchung durchgeführt wurde, fügen Sie deren Ergebnisse bitte bei.

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift des Neurologen:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein Facharzt einen Bericht erstellt hat, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

4. PATHOLOGISCHE SCHLÄFRIGKEIT : SCHLAFAPNOE/ KATAPLEXIE / NARKOLEPSIE

Diagnose und Datum

Ätiologie

Behandlungen / Medikation

Nähere Angaben:

Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN***
Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: ***JA*** **– NEIN**

Bei einem gemäßigten Schlafapnoesyndrom (Apnoe-Hypopnoe-Index zwischen 15 und 29) oder einem starken Schlafapnoesyndrom (Apnoe-Hypopnoe-Index zwischen über 30), wird das Schlafapnoesyndrom durch einen Apparat behandelt: *JA* – NEIN

Falls JA: ➢ Art der Behandlung: …….. ➢ Seit dem: …… /…… /…… ➢ Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN***	➢Wirksamkeit der Behandlung: **JA – *NEIN*** ➢ Fortbestehen einer übermäßigen Tagesschläfrigkeit: ***JA*** **– NEIN** ➢Apnoe-Hypopnoe-Index: ……

Bewusstsein des Patienten seine Störungen betreffend: JA – *NEIN*

Falls NEIN, näher angeben:

Aktuelle medizinische Situation

Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose

Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung: JA – NEIN

Wenn vor Kurzem bereits eine Untersuchung durchgeführt wurde, fügen Sie deren Ergebnisse bitte bei.

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……
Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift des Pneumologen/Neurologen:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein Facharzt einen Bericht erstellt hat, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

5. BEWEGUNGSSTÖRUNGEN

Wenn die Bewegungsstörungen einzig und allein auf eine im Abschnitt 1 „Neurologische Erkrankungen“(S8) beschriebene neurologische Erkrankung zurückzuführen sind**, füllen Sie bitte nur diesen letztgenannten Abschnitt aus.** Es ist nicht notwendig, diese Daten hier erneut einzutragen.

Diagnose und Datum
Ätiologie
Behandlungen / Medikation / Operation / Rehabilitation
Nähere Angaben: Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN*** Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: ***JA*** **– NEIN**
Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose
Aktuelle funktionelle Situation

	Kraft /5*	**Oberfl. Sensibilität** N / ↓/ ↓↓/0	**Tiefen-sensibilität** N/ ↓/ ↓↓/0	**Mobilität** N/ ↓/ ↓↓/0	**Muskeltonus** N/ ↑/ ↓	**Koordination** N/ ↓/ ↓↓	**Klonus JA/NEIN**
Ob. Gliedm. L							
Ob. Gliedm. R							
Unt. Gliedm. L							
Unt. Gliedm.R							

* 0: keine Muskelverspannung / 1: Muskelverspannung ohne Bewegung / 2: Bewegung ohne Belastung / 3: Bewegung komplett ausgeführt gegen Belastung ohne Widerstand / 4: Bewegung gegen Widerstand / 5: normale Kraft

Nähere Angaben: ……..

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - mit Vorbehalten - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift des Reha-Arzt:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein Facharzt einen Bericht erstellt hat, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

6. ERKRANKUNGEN DES HERZ-KREISLAUF-SYSTEMS

Diagnose und Datum
Ätiologie
Behandlungen / Medikation
Nähere Angaben: Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN*** Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: ***JA*** **– NEIN**
Klassifizierung nach NYHA, falls anwendbar
I – II – III – IV (gemäß Anlage 6, III & IV = fahruntauglich: siehe **www.awsr.be/dac)**
Herzschrittmacher vorhanden: *JA* – NEIN
Datum der Implantation: …… /…… /……
Defibrillator vorhanden: *JA* – NEIN
Datum der Implantation: …… /…… /……
Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift des Kardiologen:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein Facharzt einen Bericht erstellt hat, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

7. DIABETES MELLITUS

Type de diabète

- ☐ GESTÖRTE GLUKOSETOLERANZ IGT (IMPAIRED GLUCOSE TOLERANCE) Seit: …… /…… /……
- ☐ TYP 1 Seit: …… /…… /……
- ☐ TYP 2 Seit: …… /…… /……

Behandlungen / Medikation

Nähere Angaben:

Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN***
Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: ***JA*** **– NEIN**

Bewusstsein des Patienten seine Störungen betreffend: JA – *NEIN*

Falls NEIN, näher angeben:

Bei einer Behandlung des Hypoglykämierisikos

Behandelt mit:

- □ Sulfonylharnstoffe oder Glinide
- □ Insulin 3 Injektionen (ein Gutachten des Endokrinologen ist erforderlich)
- □ Insulin 4 Injektionen/Tag
- □ Insulinpumpe (ein Gutachten des Endokrinologen ist erforderlich)

Schweres Hypo-/Hyperglykämierisiko

Weist der Patient ein schweres Hypo- oder Hyperglykämierisiko auf, das die Hilfe einer anderen Person erforderlich macht, damit der Bewerber diesen Zustand wieder verlassen kann?

- □ Schwere Hypoglykämie ohne Bewusstseinsverlust
- □ Schwere Hypoglykämie mit Bewusstseinsverlust
- □ Wiederkehrende Hypoglykämie (2 oder mehrere Hypoglykämiezustände in den vergangenen 12 Monaten)
- □ Schwere Hyperglykämie

Wenn mindestens eine dieser vier Aussagen angekreuzt wurde, ist ein Gutachten des Endokrinologen erforderlich.

Der Patient ist sich des Hypoglykämierisikos ausreichend bewusst und kennt die Folgen, die am Steuer auftreten können: **JA – *NEIN***

Aktuelle Situation

Stabil: **JA – *NEIN***
Regelmäßige ärztliche Aufsicht: **JA – *NEIN***

- □ Durch seinen Hausarzt? Wie häufig: ……
- □ Durch einen Facharzt? Wie häufig: ……

Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose

Diabetes und Komplikationen

Wenn des Diabetes mit schwerwiegenden Komplikationen einhergeht in Bezug auf:

- □ Das Nervensystem (S. 8 - 9)
- □ Das lokomotorische System (S. 14)
- □ Das Herz-Kreislauf-System (S. 15)
- □ Die Sehfunktionen (S. 18 - 20)
- □ Die Nierenfunktionen (S. 23)

Füllen Sie bitte das entsprechende Kapitel in diesem Fragebogen aus.

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift des Diabetologen / Endokrinologen:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein Facharzt einen Bericht erstellt hat, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

8. ERKRANKUNG DES GEHÖRS UND DES GLEICHGEWICHTSORGANS

Diagnose und Datum
Ätiologie
Potenzielle Schwindelanfälle und Gleichgewichtsstörungen
Behandlung / Medikation
Nähere Angaben: Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN*** Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: ***JA*** **– NEIN**
Bewusstsein des Patienten seine Störungen betreffend: JA – *NEIN*
Falls NEIN, näher angeben:
Aktuelle medizinische Situation
Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose

Erkrankung des Gehörs und des Gleichgewichtsorgans

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).	
Positiv - Negativ **Begründungen:** …… …… Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /…… Muss ein Hörgerät beim Fahren angesetzt sein: **JA LINKS - JA RECHTS - NEIN** **Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.**	
Name, Adresse und Unterschrift des HNO:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein Facharzt einen Bericht erstellt hat, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

9. AUGENERKRANKUNG

Von einem Ophthalmologen auszufüllen, **falls Sehstörungen vorhanden sind, die sich auf die Fahrtauglichkeit auswirken.**

Hauptsehstörung
Ätiologie
Ophthalmologische Vorgeschichte (bitte die betreffenden Diagnosen ankreuzen und datieren)
☐ Katarakt: …… /…… /…… ☐ Glaukom: …… /…… /…… ☐ Makula: …… /…… /…… ☐ Retinopathie: …… /…… /…… ☐ AMD: …… /…… /…… ☐ Netzhautablösung: …… /…… /…… ☐ Andere: …… …… /…… /……
Behandlungen / Medikation
Nähere Angaben: Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN*** Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst : ***JA*** **– NEIN**

A. SEHSCHÄRFE:

Daten zur Fern-Sehschärfe Ihres Patienten		
	OHNE SEHHILFE	**MIT SEHHILFE**
Rechtes Auge		
Linkes Auge		
Binokular		
Dämmerungssehen		

Tragen von Brille / Kontaktlinsen obligatorisch: *JA* – NEIN

Wenn eine Sehhilfe obligatorisch ist, um die Mindestnormen zu erfüllen, muss ein Fahrtauglichkeitsattest gemäß **Modell VIII** ausgestellt werden.

Ausreichende Sehschärfe für das Führen eines Kraftfahrzeugs

Positiv - mit Vorbehalten - Negativ

Begründungen: ……

……

Vorgeschlagene Dauer: …… Monat(e) / Jahr(e) oder …… /…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen wollen, oder zeitliche Begrenzung, bitte vervollständigen Sie das Attest Modell VIII S26.

Für die Bewerber oder Inhaber eines Führerscheins der Gruppe 1*,

Falls die binokulare Sehschärfe nicht den Sicht-Kriterien entspricht, d. h. falls sie unter 5/10, aber über 3/10 liegt, während das binokulare Gesichtsfeld den Sicht-Kriterien entspricht: Halten Sie es für ratsam, Ihren Patienten für eine Beurteilung der Fahrtauglichkeit anhand eines praktischen Fahrtests zur DAC zu schicken, gemäß Punkt 2.3.2 der Anlage 6 zum K.E. über den Führerschein (www.awsr.be/dac)?

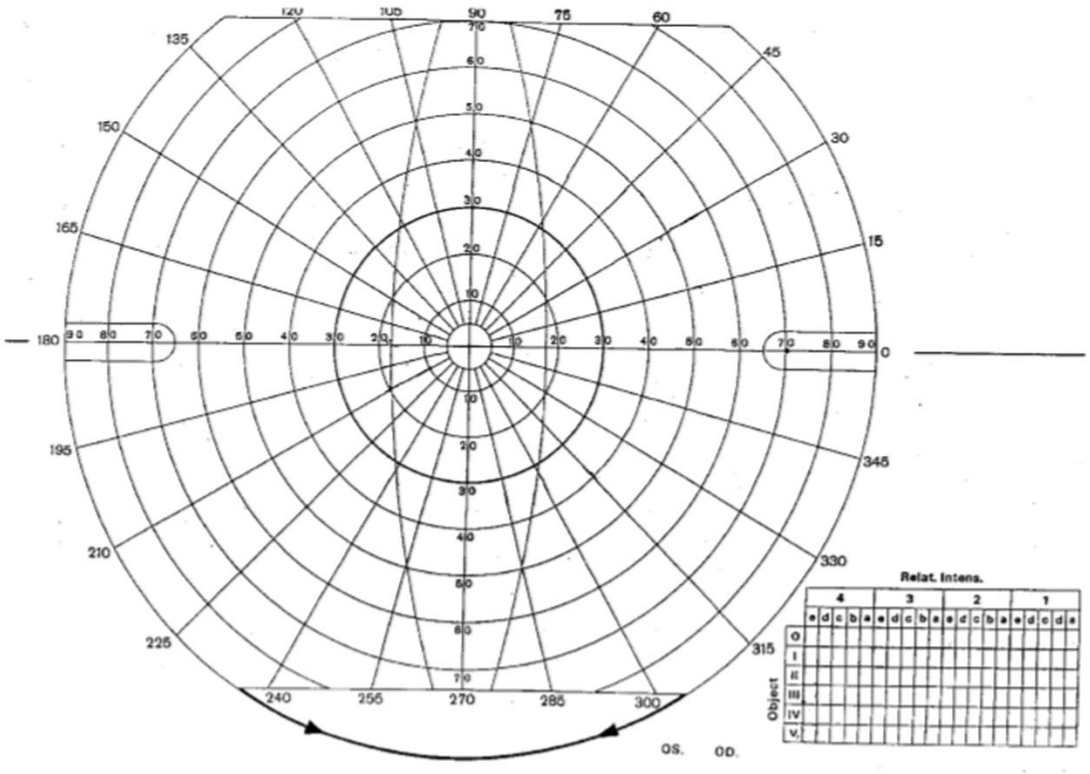
JA – *NEIN*, *da ich ihn für untauglich erachte.*

* Gruppe 1 (privates Fahren – Klassen AM (Mofa), A1, A2, A (Motorrad), B (Pkw), BE (Pkw + schwerer Anhänger) und G (Zugmaschine))

B. GESICHTSFELD

Leidet Ihr Patient gegenwärtig unter einer Beeinträchtigung des Gesichtsfelds*: JA* – NEIN

GESICHTSFELD	**TEMPORAL**	**NASAL**	**OBEN**	**UNTEN**
Rechtes Auge				
Linkes Auge				
	LINKS	**RECHTS**	**OBEN**	**UNTEN**
Binokular				



Für die Bewerber oder Inhaber eines Führerscheins der Gruppe 1*,

Wenn das binokulare Gesichtsfeld den Sicht-Kriterien nicht entspricht, aber die binokulare Sehschärfe den Sicht-Kriterien entspricht: Halten Sie es für ratsam, Ihren Patienten für eine Beurteilung der Fahrtauglichkeit anhand eines praktischen Fahrtests zur DAC zu schicken, gemäß Punkt 2.3.2 der Anlage 6 zum K.E. über den Führerschein (www.awsr.be/dac)?

JA – *NEIN*, *da ich ihn für untauglich erachte.*

* Gruppe 1 (privates Fahren – Klassen AM (Mofa), A1, A2, A (Motorrad), B (Pkw), BE (Pkw + schwerer Anhänger) und G (Zugmaschine))

Unzureichende Kontrastempfindlichkeit: *JA* – NEIN
Problematische Lichtempfindlichkeit: *JA* – NEIN
Schwierigkeit beim Führen eines Fahrzeugs in der Dunkelheit: *JA* – NEIN

Weist der Bewerber eine Dipoplie auf: *JA* – NEIN	**Peripher - Zentral**
Falls JA, kann sie korrigiert werden? **JA – *NEIN***	
Falls JA, Art der Korrektur (näher angeben): …….	
Angebracht an welchem Brillenglas: **Linkes Auge – Rechtes Auge**	
Mögliche andere Pathologien	

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - mit Vorbehalten - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift des Augenarztes:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein ophthalmologischer Bericht erstellt wurde, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

10. ABHÄNGIGKEITSZUSTAND

A. ÜBERMÄSSIGER GENUSS

Missbrauch oder unverantwortlicher Konsum von	Consommation
☐ Alkohol	VERGANGEN - AKTUELL
☐ illegale Substanz(en)	VERGANGEN - AKTUELL
☐ sonstige psychotrope Stoffe oder Medikamente, **die die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen können**	VERGANGEN - AKTUELL

Substanzabhängigkeit		
SUBSTANZ	**ABHÄNGIG SEIT DEM**	**ABSTINENT SEIT DEM**
	……. /……. /…….	……. /……. /…….
	……. /……. /…….	……. /……. /…….
	……. /……. /…….	……. /……. /…….

Medizinische Nachbetreuung der Abhängigkeit: JA - NEIN
Nähere Angaben: Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN***
Ihr Patient ist sich seiner Abhängigkeit bewusst: JA – *NEIN*
Falls NEIN, näher angeben:
Behandlungen / Medikation
Nähere Angaben: Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – *NEIN*** Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: ***JA*** **– NEIN**
Ihr Patient wurde über den möglichen Einfluss der Medikation (auch in Kombination mit anderen Substanzen) auf die Fahrtauglichkeit aufgeklärt: JA – *NEIN*
Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung: *JA* – NEIN
Wenn vor Kurzem ein neuropsychologischer Bericht erstellt wurde, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

B. THERAPEUTISCHER GEBRAUCH VON MEDIKAMENTEN, DIE DIE FAHRTAUGLICHKEIT BEEINTRÄCHTIGEN KÖNNEN

Medikament(e) und Dosierung
Ihr Patient wurde über den möglichen Einfluss der Medikation (auch in Kombination mit anderen Substanzen) auf die Fahrtauglichkeit aufgeklärt: JA – *NEIN*
Ihr Patient wurde darüber informiert, wie lange er nach Einnahme der Medikamente warten muss, bevor er sich ans Steuer setzt: JA – *NEIN*
Denken Sie, dass Ihr Patient sich der folgenden Punkte ausreichend bewusst ist:
□ Nebenwirkungen der Einnahme dieser Medikamente mit Alkohol: **JA – *NEIN*** □ Mögliche Auswirkungen der Einnahme dieser Medikamente auf die Fahrtauglichkeit: **JA – *NEIN*** □ Wichtigkeit der Einhaltung der Wartezeit nach der Einnahme der Medikamente vor dem Fahren: **JA – *NEIN***

Abhängigkeitszustand

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - mit Vorbehalten - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift des betreffenden Spezialisten:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein Facharzt einen Bericht erstellt hat, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

11. EINER NIEREN- UND LEBERERKRANKUNG

Diagnose und Datum
Ätiologie
Behandlungen / Medikation
Nähere Angaben: Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: **JA – NEIN** Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: **JA – NEIN**
Aktuelle medizinische Situation?
Bitte näher beschreiben: Dialyse: ***JA*** **– NEIN** Ihr Patient unterzieht sich regelmäßig ärztlichen Kontrollen: **JA –** ***NEIN*** Ihr Patient ist sich seiner Erkrankung und deren möglichen Auswirkungen auf das Fahren bewusst: **JA –** ***NEIN***
Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift Nephrologen/Internisten:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein Nephrologe einen Bericht erstellt hat, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

12. IMPLANTATE/ORGANTRANSPLANTATION(EN)

DIE DIE FAHRTAUGLICHKEIT BEEINFLUSSEN KÖNNEN

Art des Implantats oder der Organtransplantation
Datum der Intervention: …… /…… /……
Ätiologie
Eventuell vom Implantat abgegebenes Medikament
➢ Typ: ➢ Dosierung des Medikaments: ➢ Kontrolle des Implantats durch den Bewerber: ***JA*** **– NEIN**
Fehlfunktionen und Risiken
Pumpe / Rückenmarkstimulator
- Risiken einer Fehlfunktion: ***JA*** **– NEIN** Bitte näher beschreiben: …… - Aktivierung ☐ oder Desaktivierung ☐ des Systems während des Fahrens - Der Patient kennt die mit Fehlfunktionen verbundenen Risiken: **JA –** ***NEIN*** - Der Patient kennt die Vorsichtsmaßnahmen: **JA –** ***NEIN***

Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (www.awsr.be/dac).

Positiv - mit Vorbehalten - Negativ

Begründungen: ……

……

Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der **Gültigkeitsdauer** seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? …… Monat(e) / Jahr(e) oder ……/…… /……

Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.

Name, Adresse und Unterschrift des Facharztes:	INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat: Unterschrift: Datum: …… /…… /……

Wenn vor Kurzem ein Facharzt einen Bericht erstellt hat, legen Sie diesen bitte als Anlage bei.

Die DAC dankt Ihnen für Ihre Mitarbeit

Ihr Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit bestimmt für den Arzt von DAC

- Es handelt sie um Meinungen, nicht eine abschliessende Beurteilung -

Ich Unterzeichnete(r) ……., Doktor der Allgemeinmedizin - und/oder Facharzt für ……, erklärt hiermit, Herrn/Frau ……. untersucht zu haben.

Ich bin der Auffassung, dass mein Patient:

☐ **nicht fahrtauglich**

☐ **fahrtauglich ohne Anpassung, ohne Bedingungen, ohne Einschränkungen**

☐ **fahrtauglich mit einem nach Vorschriften Bedingungen der DAC angepassten Fahrzeugs**

☐ fahrtauglich unter folgenden Bedingungen und/oder Einschränkungen:

- ☐ Beschränkung auf Fahrten bei Tag (z. B. eine Stunde nach Sonnenaufgang und eine Stunde vor Sonnenuntergang)
- ☐ Beschränkung auf Fahrten in einem Umkreis von …… km vom Wohnsitz oder innerorts in ……./innerhalb der Region …….
- ☐ Fahren auf Autobahnen nicht erlaubt
- ☐ Fahren nur mit Beifahrer, der im Besitz eines Führerscheins von mindestens der gleichwertigen Klasse sein muss
- ☐ Kein Alkohol
- ☐ ……
- ☐ ……

Auf Grund der medizinischen Feststellungen und gemäss Anhang 6 schlage ich vor:

☐ Unbeschränkte Tauglichkeitsdauer

☐ Beschränkte Tauglichkeitsdauer …… Monat(e)/Jahr(e)

Identität des Patienten

Name:
Vorname:
Geburtsdatum: …… /…… /……

Identität des Arztes/ der Ärztin

Name:
Vorname:
Geburtsdatum: …… /…… /……
Stempel und Unterschrift

- Doktor, Wenn Sie Einschränkungen festlegen wollen, bitte diese Begründungen vervollständigen -

VIII. [*VOM AUGENARZT AUSGESTELLTES TAUGLICHKEITSATTEST FÜR ZUR GRUPPE 1 GEHÖRENDE BEWERBER(INNEN) UM EINEN FÜHRERSCHEIN*

Ich, der Unterzeichnete, ..., Augenarzt, erkläre hiermit, dass ich den/die nachstehend genannte(n) Bewerber(in) untersucht habe. Ich bestätige, dass gemäß Anlage 6 Ziffer III des Königlichen Erlasses vom 23. März 1998 über den Führerschein der/die Bewerber(in)

❑ tauglich zum Führen von Fahrzeugen der Klasse ❑ AM ❑ A1 ❑ A2 ❑ A ❑ B ❑ B+E ❑ G, ohne Bedingungen und Einschränkungen ist (*)

❑ untauglich zum Führen von Fahrzeugen der Klasse ❑ AM ❑ A1 ❑ A2 ❑ A ❑ B ❑ B+E ❑ G ist (*)

❑ gemäß den Bestimmungen der oben genannten Anlage 6 Ziffer III nach einer Untersuchung durch den Arzt des in Artikel 45 des Königlichen Erlasses vom 23. März 1998 über den Führerschein erwähnten Zentrums für fahrtauglich erklärt werden kann. Ich gebe ein günstiges Gutachten bezüglich des Führens von Fahrzeugen der Klasse ❑ AM ❑ A1 ❑ A2 ❑ A ❑ B ❑ B+E ❑ G (*) unter nachstehend erwähnten Bedingungen oder mit nachstehend erwähnten Einschränkungen ab (*):

❑ tauglich zum Führen von Fahrzeugen der Klasse (*) ❑ AM ❑ A1 ❑ A2 ❑ A ❑ B ❑ B+E ❑ G ist (*), unter nachstehend erwähnten Bedingungen oder mit nachstehend erwähnten Einschränkungen:

- ❑ Code 01:01: Brille
- ❑ Code 01.02: Kontaktlinsen
- ❑ Code 01:05: Augenschutz
- ❑ Code 01:06: Brille oder Kontaktlinsen
- ❑ Code 01.07: Spezifische optische Hilfe
- ❑ Code 61: Beschränkung auf Fahrten ab 1 Stunde nach Sonnenaufgang bis zu 1 Stunde vor Sonnenuntergang
- ❑ Code 62: Beschränkung auf Fahrten in einem Umkreis von ..... km vom Wohnsitz oder innerorts in …….. /innerhalb der Region ……
- ❑ Code 63: Beschränkung auf Fahren ohne Beifahrer
- ❑ Code 64: Beschränkung auf Fahrten mit einer zulässigen Höchstgeschwindigkeit von nicht mehr als … km/h
- ❑ Code 65: Fahren nur mit Begleiter, der Inhaber eines Führerscheins ist
- ❑ Code 66: Beschränkung auf Fahrten ohne Anhänger
- ❑ Code 67: Fahren auf Autobahnen nicht erlaubt
- ❑ Code 68: kein Alkohol

Aufgrund der ärztlichen Feststellungen und gemäß der oben genannten Anlage 6 Ziffer III hat dieses Tauglichkeitsattest aus ophthalmologischer Sicht: (*)
❑ eine unbeschränkte Gültigkeitsdauer
❑ eine beschränkte Gültigkeitsdauer bis zum ...../...../.....

Identität des Patienten	**Identität des Arztes/ der Ärztin**
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Geburtsdatum: …… /…… /……	Geburtsdatum: …… /…… /…… Stempel und Unterschrift

(*) Zutreffende Rubrik(en) ankreuzen