

## DAC - Antrag auf Beurteilung der Fahrtauglichkeit

### Medizinischer Fragebogen

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](mailto: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 **Fahrttest 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**

## **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](mailto: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“):



- 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<sub>1</sub> - CE - C<sub>1</sub>E - D - D<sub>1</sub> - DE - D<sub>1</sub>E - 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<sub>1</sub> - CE - C<sub>1</sub>E - D - D<sub>1</sub> - DE - D<sub>1</sub>E - 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 Führscheins bei (soweit Sie einen besitzen); dies ermöglicht eine schnellere Bearbeitung Ihrer Akte.**



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](http://www.awsr.be/dac)).

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

Leiden Sie / Leidet Ihr Patient unter:	A Sie	B Arzt
<b>1. Einer neurologischen Erkrankung</b> <span style="float: right;">Falls JA ► Seite 8</span>		
• Verletzung oder Erkrankung des zentralen Nervensystems (Gehirn und/oder Rückenmark)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Verletzung oder Erkrankung des peripheren Nervensystems (sensibel und/oder motorisch)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Fortschreitende neurologische Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Kognitive Störungen (Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Urteilsvermögen, Reaktionsgeschwindigkeit, räumlich/zeitliche Orientierung, Hemineglect-Syndrom...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Verhaltensstörungen (Dysfunktion des gewöhnlichen Verhaltens, Apathie, Impulsivität, Eßstörungen...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>2. Einem psychischen Leiden</b> <span style="float: right;">Falls JA ► Seite 10</span>		
• Psychische oder nervöse Störungen (Depression, Schizophrenie, Psychose, bipolare Störungen, Halluzinationen...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>3. Epilepsie</b> <span style="float: right;">Falls JA ► Seite 11</span>		
• Epilepsie (Anfälle in den vergangenen 5 Jahren)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Ein einzelner Anfall, der durch einen erklärbaren Faktor hervorgerufen wurde	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>4. Pathologischer Schläfrigkeit</b> <span style="float: right;">Falls JA ► Seite 13</span>		
• Abnorme, übermäßige Müdigkeit oder Schläfrigkeit während des Tages	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Schlafapnoesyndrom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Narkolepsie und/oder Kataplexie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>5. Bewegungsstörungen</b> <span style="float: right;">Falls JA ► Seite 14</span>		
• Verringerung der Muskelkraft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Verringerung oder Übermäßige Gelenkbeweglichkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Koordinationsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Störungen der Oberflächen- oder Tiefensensibilität	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Teilweise oder vollständige Lähmung eines oder mehrerer Gliedmaßen(en)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Fehlen/Amputation eines oder mehrerer Gliedmaßen(en)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Verringerung oder Verlust der Beweglichkeit der (Hals-/Brust-/Lenden-) Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>6. Einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems</b> <span style="float: right;">Falls JA ► Seite 15</span>		
• Blutdruckstörung oder arterielle Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Herzkrankheit (Infarkt, Herzinsuffizienz, Arrhythmie, Fehlbildung, Myokarditis...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Träger eines Herzschrittmachers oder Defibrillators	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>7. Diabetes mellitus</b> <span style="float: right;">Falls JA ► Seite 16</span>		
• Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Signifikantes Risiko einer Über- oder Unterzuckerung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Durch Insulininjektionen behandelt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>8. Einer Erkrankung des Gehörs und des Gleichgewichtsorgans</b> <span style="float: right;">Falls JA ► Seite 17</span>		
• Verlust des Gleichgewichts oder Schwindel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>9. Einer Augenerkrankung</b>		<a href="#">Falls JA ▶ Seite 18</a>
• Tragen einer Korrekturbrille für die Fern-Sehschärfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• In Behandlung (Katarakt, AMD, ...)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Schlechtes Sehvermögen (verschleiert, verschwommen, doppelt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Einengung oder teilweiser Verlust des Gesichtsfelds	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Eingeschränkte oder nicht vorhandene Sicht in der Dunkelheit und/oder bei Blendung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>10. Abhängigkeitszustand</b>		<a href="#">Falls JA ▶ Seite 21</a>
• Übermäßiger Genuss von Drogen, Suchtstoffen, Aufputzmitteln oder Medikamenten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Abhängigkeit von Alkohol oder anderen Substanzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>11. Einer Nieren- und Lebererkrankung</b>		<a href="#">Falls JA ▶ Seite 23</a>
• Nieren- oder Leberleiden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Auf Dialyse angewiesen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>12. Einem Implantat</b>		<a href="#">Falls JA ▶ Seite 24</a>
• Organverpflanzung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Sonstiges implantiertes Material	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>13. Einer anderen Erkrankung, die nicht in dieser Liste aufgeführt ist</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<i>Falls JA, welche? .....</i>		
<b>Einnahme von Medikamenten: JA – NEIN</b>		
<i>Falls JA, bitte vollständige Liste angeben: .....</i>		
.....		
.....		
.....		
.....		
<b>Doktor, Ist Ihnen bekannt, ob der Patient unter Vermögensverwaltung/oder Vormundschaft steht?: JA – NEIN</b>		
Wenn JA, <input type="checkbox"/> Vermögensverwalter <input type="checkbox"/> Vormund Koordinaten	Kontaktdetails: ..... .....	

PATIENT	ARZT
Datum: ..... / ..... / .....	Datum: ..... / ..... / .....
Unterschrift:	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

Gegenstand dieses Abschnitts ist, einen klaren Eindruck der **aktuellen medizinischen Situation** Ihres Patienten zu erhalten. Wir weisen 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**

<b>Hauptdiagnose und Datum</b>
<b>Zusätzliche Diagnose(n)</b>
<b>Ätiologie</b>
<b>Komatöser Zustand: JA – NEIN</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Schweregrad des Komas:</li> <li>➤ Dauer des Komas:</li> <li>➤ Dauer der posttraumatischen Amnesie:</li> </ul>

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: .....							

<b>Verbundene (neuro-)visuelle Störungen: JA – NEIN</b>
Falls JA, näher angeben:
<b>Verbundene kognitive Störungen: JA – NEIN</b>
Falls JA, näher angeben:



<b>Vorhandensein von Verhaltensstörungen, Störungen des Urteilsvermögens oder Stimmungsschwankungen: JA – NEIN</b>
Falls JA, näher angeben:
<b>Bewusstsein des Patienten seine Erkrankung betreffend: JA – NEIN</b>
Falls NEIN, näher angeben:
<b>Behandlungen / Medikation</b>
Nähere Angaben:
Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: <b>JA – NEIN</b> Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: <b>JA – NEIN</b>
<b>Im Falle einer fortschreitenden neurologischen Erkrankung (MS, Parkinson, Demenz, ...) scheint die Krankheit:</b>
<input type="checkbox"/> seit 1 Jahr fortgeschritten zu sein <input type="checkbox"/> relativ stabil zu sein (auf einer Ebene)
<b>Im Falle einer erworbenen, nicht fortschreitenden neurologischen Erkrankung (Schädeltrauma, Schlaganfall, ...):</b>
<input type="checkbox"/> scheinen die Folgen sich mittlerweile stabilisiert zu haben <input type="checkbox"/> entwickeln sich die Folgeerscheinungen noch weiter
<b>Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung: JA – NEIN</b>
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](http://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](http://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

<b>Diagnose und Datum</b>	
<b>Ätiologie</b>	
<b>Datum</b>	
Erster Anfalls: ..... /..... /.....	Letzter Anfalls: ..... /..... /.....
<b>Art des Anfalls</b>	
<input type="checkbox"/> Generalisiert <input type="checkbox"/> Einfach partiell <input type="checkbox"/> Komplex partiell	<input type="checkbox"/> Sekundär generalisiert <input type="checkbox"/> Absencen <input type="checkbox"/> Andere: .....
<b>Häufigkeit</b>	
<b>Bei einem einmaligen Anfall, ist die Ursache bekannt: JA – NEIN</b>	
Falls JA, näher angeben:	
<b>Der letzte Anfall ist verbunden:</b>	
Mit einer Herabsetzung des Antiepileptikums: <b>JA – NEIN</b>	
Mit einer Änderung des Antiepileptikums: <b>JA – NEIN</b>	
Andere bekannte Ursache: .....	
➤ Nach dem Anfall, Rückkehr zur vorigen Behandlung: <b>JA – NEIN</b>	
➤ Nach dem Anfall, andere Behandlung: <b>JA – NEIN</b> , Falls JA welche: .....	
<b>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</b>	

<b>Persistenz von epileptischen Anfällen, aber nur während des Schlafs und ohne weitere Anfälle tagsüber seit mindestens 2 Jahren: JA – NEIN</b>
<b>Datum und Ergebnis des letzten EEG</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Datum des EEG: ..... / ..... / .....</li> <li>➤ Ergebnis des EEG: .....</li> <li>➤ Sind epileptiforme Anomalien vorhanden: <b>JA – NEIN</b></li> </ul>
<b>Behandlungen / Medikation</b>
Nähere Angaben:
Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: <b>JA – NEIN</b>
Der Patient hat einen chirurgischen Eingriff erhalten: <b>JA – NEIN</b>
Falls JA, <u>Datum des Eingriffs</u> : ..... / ..... / .....
Art des Eingriffs: .....
Die Fahrtauglichkeit wird durch die Medikation beeinflusst: <b>JA – NEIN</b>
<b>Bewusstsein des Patienten seine Störungen betreffend: JA – NEIN</b>
Falls NEIN, näher angeben:
<b>Aktuelle medizinische Situation</b>
<b>Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose</b>
<b>Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung: JA – NEIN</b>
Wenn vor Kurzem bereits eine Untersuchung durchgeführt wurde, fügen Sie deren Ergebnisse bitte bei.

<b>Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (<a href="http://www.awsr.be/dac">www.awsr.be/dac</a>).</b>	
<b>Positiv - Negativ</b>	
<b>Begründungen:</b> .....	
.....	
Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der <b>Gültigkeitsdauer</b> seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? ..... Monat(e) / Jahr(e) oder ...../..... /.....	
<b>Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.</b>	
<u>Name, Adresse und Unterschrift des Neurologen:</u>	<u>INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat:</u>
	Unterschrift:
	Datum: ..... / ..... / .....

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

## 4. PATHOLOGISCHE SCHLÄFRIGKEIT : SCHLAFAPNOE/ KATAPLEXIE / NARKOLEPSIE

<b>Diagnose und Datum</b>	
<b>Ätiologie</b>	
<b>Behandlungen / Medikation</b>	
Nähere Angaben:	
Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: <b>JA – NEIN</b>	
Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: <b>JA – NEIN</b>	
<b>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</b>	
Falls JA: ➤ Art der Behandlung: ..... ➤ Seit dem: ..... /..... /..... ➤ Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: <b>JA – NEIN</b>	➤ Wirksamkeit der Behandlung: <b>JA – NEIN</b> ➤ Fortbestehen einer übermäßigen Tagesschläfrigkeit: <b>JA – NEIN</b> ➤ Apnoe-Hypopnoe-Index: .....
<b>Bewusstsein des Patienten seine Störungen betreffend: JA – NEIN</b>	
Falls NEIN, näher angeben:	
<b>Aktuelle medizinische Situation</b>	
<b>Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose</b>	
<b>Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung: JA – NEIN</b>	
Wenn vor Kurzem bereits eine Untersuchung durchgeführt wurde, fügen Sie deren Ergebnisse bitte bei.	

<b>Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (<a href="http://www.awsr.be/dac">www.awsr.be/dac</a>).</b>	
<b>Positiv - Negativ</b>	
<b>Begründungen:</b> ..... ..... Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der <b>Gültigkeitsdauer</b> seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? ..... Monat(e) / Jahr(e) oder ...../..... /..... <b>Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.</b>	
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.

<b>Diagnose und Datum</b>							
<b>Ätiologie</b>							
<b>Behandlungen / Medikation / Operation / Rehabilitation</b>							
Nähere Angaben:							
Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: <b>JA – NEIN</b>							
Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: <b>JA – NEIN</b>							
<b>Wahrscheinliche Entwicklung oder Prognose</b>							
<b>Aktuelle funktionelle Situation</b>							
	<b>Kraft /5*</b>	<b>Oberfl. Sensibilität</b> N / ↓/ ↓↓/0	<b>Tiefen-sensibilität</b> N/ ↓/ ↓↓/0	<b>Mobilität</b> N/ ↓/ ↓↓/0	<b>Muskeltonus</b> N/ ↑/ ↓	<b>Koordination</b> N/ ↓/ ↓↓	<b>Klonus</b> <b>JA/NEIN</b>
<b>Ob. Gliedm. L</b>							
<b>Ob. Gliedm. R</b>							
<b>Unt. Gliedm. L</b>							
<b>Unt. Gliedm. R</b>							
* 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](http://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

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

<b>Ihre Stellungnahme bezüglich der Fahrtauglichkeit streng im Rahmen dieses Kapitels und gemäß Anlage 6, in welchem die im Gesetz vorgesehenen medizinischen Kriterien aufgeführt sind (<a href="http://www.awsr.be/dac">www.awsr.be/dac</a>).</b>	
<b>Positiv - Negativ</b>	
<b>Begründungen:</b> .....	
.....	
Wenn Ihr Patient von einer Krankheit betroffen ist, die eine Beschränkung der <b>Gültigkeitsdauer</b> seines Führerscheins rechtfertigt – welche Höchstdauer schlagen Sie vor? ..... Monat(e) / Jahr(e) oder ...../..... /.....	
<b>Wenn Sie einschränkende Bedingungen festlegen möchten, füllen Sie bitte die Tauglichkeits-Stellungnahme (S25) aus.</b>	
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](http://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

**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](http://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.

<b>Hauptsehstörung</b>
<b>Ätiologie</b>
<b>Ophthalmologische Vorgeschichte (bitte die betreffenden Diagnosen ankreuzen und datieren)</b>
<input type="checkbox"/> Katarakt: ..... /..... /..... <input type="checkbox"/> Glaukom: ..... /..... /..... <input type="checkbox"/> Makula: ..... /..... /..... <input type="checkbox"/> Retinopathie: ..... /..... /..... <input type="checkbox"/> AMD: ..... /..... /..... <input type="checkbox"/> Netzhautablösung: ..... /..... /..... <input type="checkbox"/> Andere: ..... /..... /.....
<b>Behandlungen / Medikation</b>
Nähere Angaben:
Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: <b>JA – NEIN</b>
Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst : <b>JA – NEIN</b>

**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](http://www.awsr.be/dac))?

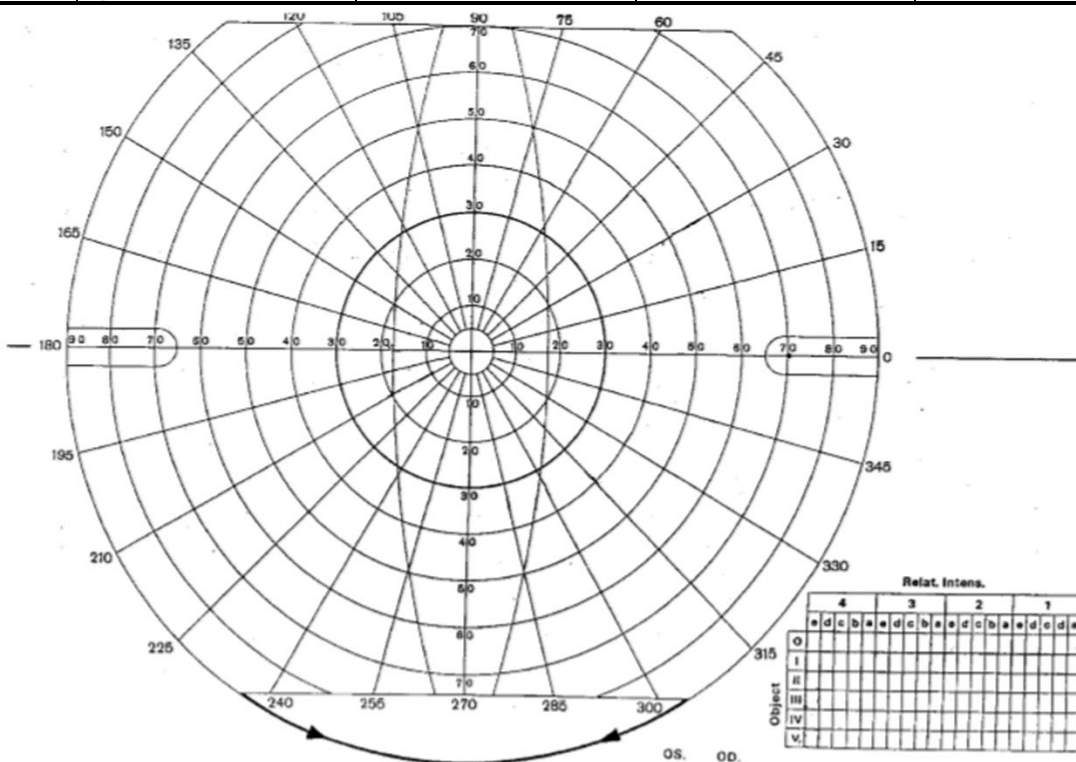
**JA – NEIN, da ich ihn für untauglich erachte.**

\* 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](http://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](http://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. ABHÄNGIGKEITZUSTAND

### A. ÜBERMÄSSIGER GENUSS

Missbrauch oder unverantwortlicher Konsum von	Consommation
<input type="checkbox"/> Alkohol	VERGANGEN - AKTUELL
<input type="checkbox"/> illegale Substanz(en)	VERGANGEN - AKTUELL
<input type="checkbox"/> sonstige psychotrope Stoffe oder Medikamente, die die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen können	VERGANGEN - AKTUELL

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

<b>Medizinische Nachbetreuung der Abhängigkeit: JA - NEIN</b>
Nähere Angaben:
Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: <b>JA – NEIN</b>
<b>Ihr Patient ist sich seiner Abhängigkeit bewusst: JA – NEIN</b>
Falls NEIN, näher angeben:
<b>Behandlungen / Medikation</b>
Nähere Angaben:
Compliance des Patienten die Behandlung betreffend: <b>JA – NEIN</b>
Wird die Fahrtauglichkeit durch die Medikation beeinflusst: <b>JA – NEIN</b>
<b>Ihr Patient wurde über den möglichen Einfluss der Medikation (auch in Kombination mit anderen Substanzen) auf die Fahrtauglichkeit aufgeklärt: JA – NEIN</b>
<b>Notwendigkeit einer neuropsychologischen Untersuchung: JA – NEIN</b>
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

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

**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](http://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](http://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.**

<p>Name, Adresse und Unterschrift Nephrologen/Internisten:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px;"></div>	<p>INAMI-Nummer / Stempel des Arztes, der diesen Teil ausgefüllt hat:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; display: flex; flex-direction: column; justify-content: space-around; align-items: center;"> <p>Unterschrift:</p> <p>Datum: ..... /..... /.....</p> </div>
---	---

**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](http://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

**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**

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum: ..... / ..... / .....

**Identität des Arztes/ der Ärztin**

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

(\*) Zutreffende Rubrik(en) ankreuzen