

Ärztliches Zeugnis

Motorfahrzeugkontrolle
Führerzulassung
Ergolzstrasse 1
Postfach
4414 Füllinsdorf

Name und Adresse

Geburtsdatum:
Kunden Nr.

Die Untersuchung muss für das Führen von Motorfahrzeugen folgender Gruppe absolviert werden:

Gruppe 1 (Kat. D)
Gruppe 2 (Kat. C, C1, D1, BPT¹, FL² I, II und IV)
Gruppe 3 (Kat. A, B, A1, B1, F, G, M, FL III)

Durch den Arzt auszufüllen:

Die Person ist tauglich zum Führen von Motorfahrzeugen folgender Gruppe(n):

Gruppe 1	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gruppe 2	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gruppe 3	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn **nein**: Bitte
Begründung an-
gegeben

Begründung: _____

Sehschärfe: rechts unkorrigiert _____ korrigiert _____
links unkorrigiert _____ korrigiert _____

Die Person ist nur tauglich unter folgenden medizinischen Auflagen: _____

Gegenüber den gesetzlichen Fristen³ häufigere Wiederholung der Untersuchungen alle _____
Jahre durch Vertrauensarzt Hausarzt

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes
(mit Praxisadresse)

¹ Berufsmässiger Personentransport (Kleinbusse und Taxi)

² Fahrlehrer

³ Gesetzliche Fristen: bis 49. Altersjahr alle 5 Jahre, 50. - 69. Altersjahr alle 3 Jahre, ab 70. Altersjahr alle 2 Jahre.

