

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Aktenzeichen:

**Bitte lassen Sie dieses Formular von Ihrem behandelnden Arzt/ einem Facharzt für Innere Medizin Schwerpunkt Diabetologie ausfüllen und senden es anschließend an die Führerscheinstelle zurück.**

## **Fachärztlicher Fragebogen Diabetes mellitus**

Bei Ihrem oben genannten Patienten sind aufgrund der ärztlichen Bescheinigung nach Anlage 5 Fahrerlaubnisverordnung (FeV) Zweifel an der Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges aufgetreten. Bitte beantworten Sie folgende Fragen im Hinblick auf Beeinträchtigungen des körperlichen oder geistigen Leistungsvermögens Ihres Patienten, die aus medizinischer Sicht Bedenken gegen seine Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges begründen und ggf. Anlass für eine weitergehende Untersuchung geben.

Die Fragen orientieren sich an der Anlage 4 zur FeV „Eignung und bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen“ und den Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung.

### **1. Allgemeiner Gesundheitszustand**

gut

falls nicht ausreichend, nähere Erläuterung:

---

### **2.**

Gibt es eine Neigung zu schweren Stoffwechsellagestörungen oder erfolgte innerhalb der letzten 6 Monate eine neue medikamentöse Einstellung aufgrund von Stoffwechsellagestörungen?

Nein

Ja \_\_\_\_\_

---

### **3.**

Besteht eine ausgeglichene Stoffwechsellage unter Therapie mit oralen Antidiabetika mit niedrigem Hypoglykämierisiko?

Nein

Ja \_\_\_\_\_

---

**4.**

Besteht eine medikamentöse Therapie mit einem hohem Hypoglykämierisiko?

Nein

Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.**

Gab es wiederholt schwere Hypoglykämien im Wachzustand?

Nein

Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6.**

Liegen anderweitige Komplikationen/ Beeinträchtigungen vor, welche in Verbindung mit der Diabeteserkrankungen vor?

Nein

Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7. Medikamente / Dosierung

es wurden keine Medikamente verordnet

falls ja, welche und in welcher Dosierung:

---

---

**Halten Sie die/ den Untersuchte(n) geeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen?**

Ja  Nein

**Erläuterungen:**

---

---

---

**Halten Sie ggf. Auflagen und/oder Beschränkungen erforderlich?**  Ja  Nein

---

**Wird eine weitergehende Untersuchung bezüglich der Kraftfahreignung für erforderlich gehalten?**  Ja  Nein

---

Datum	Unterschrift	Stempel
-------	--------------	---------

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Die Kosten für Ihre Mühe sind von dem Patienten zu tragen.