

**FACHÄRZTLICHE STELLUNGNAHME  
GEMÄSS FÜHRERSCHEINGESETZ-GESUNDHEITSVERORDNUNG**

Name .....

Geburtsdatum .....

Diabetestyp  Typ 1  
 Typ 2  
 andere, bitte spezifizieren .....

Erstdiagnose Diabetes (Jahr) .....

Diabetesschulung inkl. Hypoglykämieschulung absolviert

Ja  
 Nein

Diabetestherapie  Insulin  
 GLP-1-Analoga  
 OAD ohne erhöhten Risiko für Hypoglykämie  
 OAD mit erhöhten Risiko für Hypoglykämie

Aktuelle Therapie .....

HbA1c vom ..... %  
..... mmol/mol

Häufigkeit schwerer Hypoglykämien .....

Hypoglykämiewahrnehmung  Erhalten  
 Fehlend

Dokumentation und ärztliche Evaluierung der Glukosekontrolle anhand von

HbA1c  
 BZ-Selbstmessungen  
 Flash Glukose Messung (FGM)  
 Kontinuierliche Glukose Messung (CGM)

**Folge- und Begleiterkrankungen**

Keine

**Ausreichend therapiert**

**Aktuelle Relevanz für Fahrsicherheit**

	Ja	Nein	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CAVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PAVK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nephropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Retinopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere von Relevanz (Kommentar) .....				
.....				

**Aus fachärztlicher Sicht zum Lenken eines KFZ**

- Geeignet
- Nicht geeignet

für Führerscheinklasse .....

**Kommentar (z.B. Therapieadhärenz, Stabilität der glykämischen Kontrolle, Intervall für Kontrolluntersuchungen, von 5 Jahren abweichende Befristung etc.)**

.....  
 .....  
 .....

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift/Arztstempel**