



Certificat médical: aptitude à la conduite et maladies neurologiques

KF Fahreignung und neurologische Erkrankung f / V 0.1

Nom / Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
NPA / localité	<input type="text"/>	N° de référence	<input type="text"/>

1. La personne souffre-t-elle actuellement d'une maladie neurologique? Si oui, laquelle (bref diagnostic)?

2. Évaluation
- | | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| du déroulement de la
thérapie: | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> suffisante | <input type="checkbox"/> insuffisante |
| de la prise de conscience
de la maladie: | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> suffisante | <input type="checkbox"/> insuffisante |
| de la compliance: | <input type="checkbox"/> bonne | <input type="checkbox"/> suffisante | <input type="checkbox"/> insuffisante |

3. Avez-vous effectué des investigations supplémentaires (p. ex. examen neuropsychologique)?

4. Avez-vous prescrit des médicaments? Si oui, sont-ils pris avec compliance et ont-ils un effet sur l'aptitude à conduire?

5. Sur la base du diagnostic ci-dessus, existe-t-il des complications ou des variations ayant des effets sur l'aptitude à la conduite (troubles moteurs, perte de connaissance, syndrome de fatigue chronique, troubles de la vision, déficience cognitive, troubles psychiques, etc.)?

6. Les fonctionnements sensoriel, moteur et neuropsychologique sont-ils suffisants et stables?

7. L'aptitude à la conduite peut-elle être approuvée d'un point de vue neurologique?

8. Si l'aptitude à la conduite est approuvée, doit-elle être assortie de conditions (type, durée et périodicité)? Si oui, pour quels motifs?

Date: _____ Cachet/Signature: _____

Veillez envoyer le certificat à: L'adresse est mentionnée dans notre correspondance