

Patienteninformation:

Auto fahren nach/mit neurologischer Erkrankung

Für viele Menschen spielt das Autofahren eine große Rolle. Man braucht es für den Beruf, zur Erledigung alltäglicher Besorgungen und für die Freizeitgestaltung. Nach einer neurologischen Erkrankung treten verschiedene Einschränkungen auf, die sich auch auf das Autofahren auswirken können. Damit Sie sich selbst und Ihre Mitmenschen nicht gefährden, ist es wichtig, dass Sie nur dann wieder Auto fahren, wenn sichergestellt ist, dass Sie ein Fahrzeug sicher führen können.

Die Fahrerlaubnisverordnung schreibt hier Vorsorgepflicht vor: Sie sind dafür verantwortlich, zu überprüfen, ob Sie weiterhin ein Kraftfahrzeug führen können, ohne durch Ihre Teilnahme am Straßenverkehr andere zu gefährden. Wenn Sie nach schwerwiegender Erkrankung ohne Nachweis der Fahreignung wieder Auto fahren, und es kommt zu einem Unfall, müssen Sie mit straf- und versicherungsrechtlichen Konsequenzen rechnen.

Dabei gilt: Unwissenheit schützt vor Strafe nicht!

Bitte sprechen Sie Ihren behandelnden Arzt spätestens vor Ihrer Entlassung auf das Autofahren an. Nur wenn keine fahrrelevanten Einschränkungen mehr vorliegen und keine Rückfallgefahr für einen erneuten Schlaganfall besteht, dürfen Sie wieder ein Kraftfahrzeug führen.

Um Ihre Fahreignung überprüfen zu lassen, wenden Sie sich bitte an Ihre Verkehrsbehörde vor Ort. Die Verkehrsbehörde wird verschiedene Gutachten anordnen, die Sie erbringen müssen. Dabei kann es sich um eine neuropsychologische Untersuchung oder eine Fahrprobe mit einem Fahrlehrer handeln. Anhand der Gutachten wird entschieden, ob Sie wieder ein Auto fahren dürfen. Gegebenenfalls müssen Sie dabei zukünftig gewisse Auflagen oder Beschränkungen beachten. Diese werden dann in Ihrem Führerschein vermerkt.

Wenn die Überprüfung negativ ausfällt, kann die Verkehrsbehörde Ihren Führerschein einziehen. Für den Fall, dass Sie auf den Führerschein verzichten möchten oder müssen, erarbeitet Ihr(e) Ergotherapeut(in) mit Ihnen Wege, wie Sie weiterhin mobil sein können, und bietet Ihnen Unterstützung bei der Bewältigung.

Bei Fragen berät Ihr(e) Ergotherapeut(in) Sie gerne zum Thema Autofahren, Fahreignung und Mobilität.

Platz für Ihre Notizen:

Anforderungsanalyse Autofahren

Teil 1: Erhebung des zukünftigen Fahrverhaltens des Betroffenen

1. Welche Getriebeart hat das Fahrzeug, das der Betroffene zukünftig fahren wird?

Automatik Schaltung

2. Verfügt dieser Wagen bereits über Fahrzeugumbauten oder Hilfsmittel?

Nein Ja, und zwar:

Zum Beispiel:

- Einstiegshilfen und Sitze
- Fahrhilfen (Handbedienung, Lenkhilfen)
- Pedalanpassung oder -abdeckung, Verlegung von Scheibenwischer/Blinker)
- Verladehilfen

3. Welche Strecken möchte oder muss der Betroffene zukünftig mit seinem Fahrzeug bewältigen? (Mehrfaches Ankreuzen möglich)

ländlich städtisch Autobahn

4. Möchte oder muss der Betroffene zukünftig lange Strecken bewältigen?

nur kurze Strecken (< 20 Min.) teilweise längere Strecken (30 Min. bis 1,5 Std.) teilweise sehr lange Strecken (> 1,5 Std.)

5. Möchte oder muss der Betroffene zukünftig auch bei Dunkelheit fahren?

Nein Ja

6. Bestehen bereits gesetzliche Auflagen (als Schlüsselzahl im Führerschein notiert), wenn ja welche?

Nein Ja, und zwar:

Zum Beispiel:

- nur bei Tageslicht
- in einem Umkreis von ... km des Wohnsitzes
- beschränkt auf eine höchstzulässige Geschwindigkeit von nicht mehr als ... km/h
- nicht gültig auf Autobahnen

7. Was bereitet dem Betroffenen momentan die meisten Schwierigkeiten oder was vermutet der Betroffene, was ihm beim Autofahren schwerfallen wird? Wo sieht er Hindernisse?

Teil 2: Erhebung der relevanten Einschränkungen

8. In welchen Bereichen bestehen bei dem Betroffenen Einschränkungen, die unter Beachtung des oben beschriebenen Fahrverhaltens (Teil 1) für das Autofahren relevant sind:

(zum Beispiel ist eine Einschränkung der Daueraufmerksamkeit ggf. nicht relevant, wenn der Betroffene nur 10-minütige Fahrten in ländlicher Umgebung unternimmt und die Einschränkungen sich erst ab 45 Minuten unter starker Beanspruchung bemerkbar machen
ist eine feinmotorische Einschränkung ggf. nicht relevant, wenn sich bereits entsprechende Umbauten oder Hilfsmittel im Fahrzeug befinden.)

- Gleichgewicht/posturale Kontrolle
- Motorik der oberen Extremität rechts
- Motorik der oberen Extremität links
- Motorik der unteren Extremität rechts
- Motorik der unteren Extremität links
- Sensibilitätsstörungen der _____
- visuell-räumliche Orientierung (z. B. aufgrund von Neglect oder Gesichtsfeldeinschränkungen)
- Feinmotorik der Hände
- Kraft der _____
- allgemeine körperliche Ausdauer
- Konzentrationsausdauer
- Orientierungsfähigkeit
- Aufmerksamkeitsleistung
- Reaktionsfähigkeit
- Sonstige: _____

Teil 3: Zielsetzung und Therapieplanung

9. **Welche ergotherapeutischen Ziele ergeben sich aus dem Abgleich der Anforderungen des Fahrverhaltens mit den momentan bestehenden Einschränkungen des Betroffenen? Welche Ziele können dabei nicht durch Hilfsmittel erreicht werden und stehen im Vordergrund (z. B. Aufmerksamkeitsleistung, Neglect, Gesichtsfelddefekt)?**

10. **Welche Schritte müssen neben der unter 9. beschriebenen ergotherapeutischen Zielsetzung noch unternommen werden?** (Z. B. Weitervermittlung an Neuropsychologen, Augenarzt, Fahrlehrer oder Umrüstfirmen, ergotherapeutische Beratung und Aufklärung, Angehörigengespräche)

Patienteninformationen zur Angabe bei Weitervermittlung an eine Fahrschule

Die unten stehenden Informationen sind ausschließlich zur Kenntnisnahme durch Herrn/Frau _____ von der Fahrschule _____ gedacht und dürfen nicht ohne Zustimmung des Patienten/der Patientin weitergereicht werden.

Die Schweigepflichtentbindung wurde vom Patienten unterschrieben (Kopie liegt bei) und ist gültig bis zum: _____

Persönliche Daten

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Diagnose: _____

Sekundärerkrankungen: _____

Funktionsbeschreibung und Einschränkungen:

Beschreiben Sie bitte ausführlich und verständlich die Funktionen und ihre Einschränkungen, z. B. der oberen/unteren Extremität, der Kognition (insbesondere Daueraufmerksamkeit und Konzentration), der Wahrnehmung, des Gesichtsfeldes usw.

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Die genannten Medikamente können die Fahrtüchtigkeit beeinflussen:

ja nein nicht bekannt

Folgende Untersuchungen wurden durchgeführt:

- Neuropsychologische Testung
- Sehtest (inkl. Gesichtsfelduntersuchung)
- Untersuchung durch einen Verkehrsmediziner
- Hörtest
- Neglect-Testung
- Demenztest
- weitere, und zwar: _____

Kontextfaktoren

Angaben zur Wohnlage (ländlich, städtisch), Strecken, die regelmäßig bewältigt werden müssen, alleinlebend/Versorgung durch Angehörige, seelische Verfassung etc.

Es wurden folgende Anlagen beigelegt:

- eine Kopie der unterschriebenen Schweigepflichtentbindung
- Arztbrief
- Entlassungsbericht
- Testergebnisse
- andere, und zwar: _____

Bemerkungen:

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Datum, Ort

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Vorname/Name: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/Wohnort: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine personen- und behandlungsbezogenen Daten gespeichert und zweckgebunden genutzt werden. Es werden keine Daten und Informationen ohne meine Erlaubnis an unbefugte Dritte weitergegeben. Eine Weitergabe von personen- und behandlungsbezogenen Daten erfolgt nur an den verordnenden Arzt, abrechnungsbezogene Daten nur an die Krankenkasse oder das Abrechnungszentrum.

1. **Ich entbinde die Praxis/Klinik/Frau/Herrn** _____
(Name/Stempel der Praxis/Klinik und Name des/der Therapeuten/in)

von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Stellen/Person(en)

(Konkrete Bezeichnung der Fahrschule, des Fahrlehrers/der Fahrlehrerin mit Vor- und Nachnamen, Adresse)

2. **Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten, Unterlagen, Schriftstücke an o.g. Person(en) übermittelt werden können:**

(Konkrete und präzise Angaben zu den zu übermittelnden Daten, wie z. B.: Befund, Bericht, Testergebnisse)

3. **Ich bin damit einverstanden, dass die unter Punkt 2 aufgeführten Daten für folgende Zwecke weitergegeben werden dürfen:**

für den interdisziplinären/fachübergreifenden Austausch mit o. g. Fahrschule

zum Zwecke einer Beratung durch o. g. Fahrschule

zur Weiterführung der Therapie in Form von Fahrtraining durch o. g. Fahrschule

zur Überprüfung der Fahreignung in o. g. Fahrschule

andere Gründe _____

4. Dauer der Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Die Entbindung von der Schweigepflicht ist gültig bis zum _____
(Datum/Zeitraum angeben)

Die Entbindung ist nur für _____ gültig.
(falls einmaliger Zweck)

5. Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Unterschrift

Datum, Ort