



## **Einwilligungserklärung zur Durchführung eines verkehrsmedizinischen Gutachtens**

**Sehr geehrte/r Patient/in,**

im Rahmen Ihrer medizinischen Behandlung und zur Beurteilung Ihrer Fahrtauglichkeit im Straßenverkehr möchten wir ein verkehrsmedizinisches Gutachten durchführen. Um diese Untersuchung vorzunehmen, benötigen wir Ihre ausdrückliche Einwilligung.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie über den Ablauf, Zweck und die möglichen Auswirkungen des Gutachtens informiert wurden und freiwillig in die Durchführung der Untersuchung einwilligen.

### **1. Zweck des verkehrsmedizinischen Gutachtens:**

Das Ziel des Gutachtens ist die Beurteilung Ihrer Eignung zur Teilnahme am Straßenverkehr unter Berücksichtigung Ihrer gesundheitlichen Situation, insbesondere aus neurologischer Sicht. Das Gutachten wird auf Grundlage der Untersuchung und der ärztlichen Beurteilung erstellt und dient als Entscheidungsgrundlage für die zuständige Behörde (z. B. Fahrerlaubnisbehörde).

### **2. Ablauf der Untersuchung:**

Die Untersuchung umfasst ein ausführliches Gespräch über Ihre gesundheitliche Vorgeschichte, eine körperliche Untersuchung sowie spezifische neurologische Tests, um Ihre Fahrtauglichkeit zu prüfen. Möglicherweise werden auch weitere Tests zur Messung von Reaktionszeit, motorischen Fähigkeiten oder geistiger Leistungsfähigkeit durchgeführt.

### **3. Weitergabe der Gutachten-Ergebnisse:**

Die Ergebnisse des verkehrsmedizinischen Gutachtens werden von uns an die zuständige Behörde (z. B. Straßenverkehrsamt) weitergeleitet, die auf dieser Grundlage eine Entscheidung über Ihre Eignung zur Teilnahme am Straßenverkehr trifft. Eine Kopie des Gutachtens erhalten Sie auf Wunsch. Sollten Sie mit der Weitergabe nicht einverstanden sein informieren Sie uns bitte.

### **4. Freiwilligkeit der Teilnahme:**

Die Teilnahme an der Untersuchung erfolgt freiwillig. Sie haben jederzeit das Recht, Ihre Einwilligung zu widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Im Falle eines Widerrufs wird keine Untersuchung durchgeführt, und die zuständige Behörde wird entsprechend informiert.



GEMEINSCHAFTSPRAXIS Velbert

**NEUROLOGIE  
PSYCHIATRIE**

## **5. Mögliche Konsequenzen des Gutachtens:**

Je nach den Ergebnissen der Untersuchung kann es zu unterschiedlichen Empfehlungen kommen, z. B.:

- Bestätigung Ihrer Fahrtauglichkeit.
- Eingeschränkte Fahrtauglichkeit (z. B. zeitliche oder geografische Einschränkungen).
- Empfehlung zur Fahruntauglichkeit.

## **6. Datenschutz und Vertraulichkeit:**

Die im Rahmen des Gutachtens erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich für die Erstellung des Gutachtens sowie die Weiterleitung an die zuständige Behörde genutzt. Ihre Daten werden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet.

## **7. Ihre Rechte:**

Sie haben das Recht, jederzeit Auskunft über die im Rahmen der Untersuchung erhobenen Daten zu erhalten. Sie können der Weitergabe Ihrer Daten an die zuständige Behörde widersprechen, sofern dies rechtlich möglich ist.

## **8. Kosten:**

Es handelt sich bei dem Gutachten um eine Privatleistung und die Kosten müssen selbst getragen werden. Eine ausführliche Kosteninformationen erhalten Sie separat von uns. Hier sind alle potentiell entstehenden Kosten aufgelistet. Die Abrechnung erfolgt analog der Gebührenordnung für Ärzte. Die Bezahlung erfolgt unmittelbar am Termin des Gutachtens in der Praxis.



GEMEINSCHAFTSPRAXIS Velbert

# NEUROLOGIE PSYCHIATRIE

## Einwilligung:

Ich habe die Informationen zur Durchführung des verkehrsmedizinischen Gutachtens erhalten und verstanden. Ich willige freiwillig in die Durchführung der Untersuchung ein und bin mir der möglichen Konsequenzen der Untersuchung bewusst. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich die Kosten selbstständig zu tragen habe und diese nicht von der Versicherung oder anderen Behörden erstattet werden. Die Kosteninformationen habe ich erhalten und ich bin mit diesen Einverstanden.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Ergebnisse des Gutachtens an die zuständige Behörde weitergegeben werden (gilt nur, falls das Gutachten unmittelbar durch die Fahrerlaubnisbehörde veranlasst wurde)
- Ich erkläre mich nicht damit einverstanden, dass die Ergebnisse des Gutachtens an die zuständige Behörde weitergeleitet werden

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des Patienten:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift des behandelnden Arztes:** \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Falls Sie Fragen oder Bedenken haben, können Sie diese jederzeit mit dem behandelnden Arzt oder unserem Praxisteam besprechen.