



## Ärztliches Zeugnis: Cannabis

---

Name:  Geb.:

1. Diagnosen:

2. Verlauf:

3. Ergebnisse der Urinprobekontrollen (pos./neg.):

Datum	Cannabis

Datum	Cannabis

Datum	Cannabis

4. Therapie / Medikamente:

5. Arbeits- und soziale Situation:

6. Bemerkungen:

Der/Die unterzeichnende Arzt/Ärztin bestätigt, die Kontrolle gemäss dem Merkblatt „Nachweis der Cannabisabstinenz“ der SGRM durchgeführt zu haben:  
[https://www.sgrm.ch/inhalte/Verkehrsmedizin/Merkblatt\\_THC-UP\\_SGRM\\_25.1.2014-d.pdf](https://www.sgrm.ch/inhalte/Verkehrsmedizin/Merkblatt_THC-UP_SGRM_25.1.2014-d.pdf) .

Datum:

Stempel/Unterschrift: