

Ärztliche Bescheinigung über eine Mobilitätsbehinderung

Antragsteller/Personalien

Name		Vorname	
Strasse		PLZ/Wohnort	
Geburtsdatum			

1. Art der Gehbehinderung

*Die Gehbehinderung äussert sich darin, dass der gehbehinderten Person dauernd oder vorübergehend während mindestens 6 Monaten eine Fortbewegung zu Fuss nur bis ca. 200 m, bzw. mit besonderen Hilfsmitteln oder mit Hilfe einer Begleitperson möglich ist.
Hierbei handelt es sich um Gehbehinderungen deren Ursache im Bewegungsapparat der Beine (direkte Gehbehinderung) wie auch im Atem- und Kreislaufsystem (indirekte Gehbehinderung) liegen können.*

Art der Gehbehinderung	
Eingesetzte Hilfsmittel	
Minimale Dauer der Behinderung	

2. Die Gehbehinderung ist

- vorübergehend (passager)
- zunehmend/sich verschlechternd
- gleichbleibend/konstantes Beschwerdebild

3. Weitere Abklärungen notwendig

- Kontrollfahrt durch das VSZ
- Änderung am Fahrzeug notwendig
- Änderung im Führerausweis notwendig

4. Bemerkungen:

.....

.....

.....

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Arzt

.....

Das Erfordernis einer vertrauensärztlichen Untersuchung bleibt vorbehalten.