

Ärztliche Bescheinigung über eine Mobilitätsbehinderung

Personalien

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ / Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

1. Empfehlung für die Untersuchung

Um eine kostspielige Zweituntersuchung zu vermeiden, empfiehlt es sich, die ärztlichen Abklärungen bei einer anerkannten Arztperson (Link: www.medtraffic.ch) durchführen zu lassen.

Gemäss Art. 27 der Verkehrszulassungsverordnung (VZV) haben sich **Ausweisinhaber** während oder nach schweren körperlichen Beeinträchtigungen durch Unfallverletzungen oder Krankheiten einer verkehrsmedizinischen Kontrolluntersuchung zu unterziehen. Diese **verkehrsmedizinische Kontrolluntersuchung muss durch eine anerkannte Ärztin, einen anerkannten Arzt der Stufe 3 durchgeführt werden** (Art. 5a^{bis} VZV). Im Kanton Ob- und Nidwalden obliegt diese Untersuchung beim **Kantonsarzt**.

Dem VSZ OW/NW bleibt die Anordnung weitere Abklärungen vorbehalten

2. Art der Gehbehinderung gemäss Punkt 3 der Richtlinien der Interkantonalen Kommission für den Strassenverkehr (IKST):

Die Beeinträchtigung 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: _____ seit: _____

Eingesetzte Hilfsmittel: _____

2. Die Beeinträchtigung ist:

vorübergehend zunehmend/verschlechternd gleichbleibend/konstant

3. Beurteilung der Fahreignung:

Ist aus ärztlicher Sicht die Fahreignung zum Führen von Motorfahrzeugen gegeben?

Ja, ohne Auflagen Nein Besitzt keinen Führerausweis
 Ja, mit Auflagen _____

4. Einschätzung zum Bezug einer Parkkarte für gehbehinderte Personen

Ist aus ärztlicher Sicht die Antragstellerperson für den Bezug einer Parkkarte für Gehbehinderte berechtigt?

Ja Nein

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Arzt