



# Ärztliche Bescheinigung über eine Mobilitätsbehinderung

## Antragsteller(in)

Name: .....

Vorname: .....Geburtsdatum: .....

Strasse: .....

PLZ / Wohnort: .....

### 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** oder mit Hilfe einer Begleitperson bzw. mit besonderen Hilfsmitteln 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.

direkte Gehbehinderung

indirekte Gehbehinderung

Kurze Beschreibung der Behinderungsart: .....

.....

Eingesetzte Hilfsmittel: .....

### 2. Gehbehinderung

vorübergehend (Dauer der Behinderung mit genauem Datum oder Anzahl Monate: .....) )

zunehmend / sich verschlechternd

konstantes Beschwerdebild

### 3. Der (die) Antragsteller(in) kann folgendes Fahrzeug lenken, da die Fahreignung gegeben ist:

3.1  kein Fahrzeug, da er/sie keinen Führerausweis besitzt oder bereits darauf verzichtet hat

3.2  ein Fahrzeug ohne Änderung

3.3  nur ein Fahrzeug mit Automatikgetriebe\*

3.4 nur ein abgeändertes / angepasstes Fahrzeug\*:

für Bedienung ohne Einsatz des linken Arms

für Bedienung ohne Einsatz des rechten Arms

für Bedienung ohne Einsatz des linken Beins

für Bedienung ohne Einsatz des rechten Beins

für Bedienung ohne Beineinsatz

\*zwingender kostenpflichtiger Eintrag im Führerausweis, sofern noch keiner erfasst ist

### 4. Bemerkungen

.....

.....

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

.....

.....

Das Erfordernis einer vertrauensärztlichen Untersuchung bleibt vorbehalten