

## **TAGESBETREUUNG im Gellert**

---

Kapellenstrasse 10, 4052 Basel  
Tel. 061 313 23 23, Fax. 061 313 23 25  
E-Mail: team.gellert@sternenhof.ch

### **Ärztliches Attest** (vom Arzt auszufüllen)

#### **Information für die Ärztin/den Arzt**

Die Personen- Transportfirma benötigt für alle von ihr transportierten Betagten und Behinderten eine Bestätigung, dass die genannte Person aus **medizinischen Gründen** das öffentliche Verkehrsmittel nicht benutzen kann. Dieses ärztliche Attest ist die Grundlage für die Überprüfung der Fahrberechtigung.

Aus juristischen Gründen benötigen wir Ihre Unterschrift mit der Sie bestätigen, dass die unten aufgeführte Person die öffentlichen Verkehrsmittel nicht benutzen kann und auf den Behindertentransport angewiesen ist.

O Herr / O Frau

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer/n: \_\_\_\_\_

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

Zutreffendes bitte ankreuzen:

#### **1. Kann die ob genannte Person die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen?**

- zeitweise selbständig
- mit Unterstützung
- nein

#### **2. Ist die Behinderung**

- dauernd
- vorübergehend, voraussichtliche Dauer: \_\_\_\_\_

#### **3. Nähere Angaben zur Behinderung** (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Gehbehinderung
- Sehbehinderung
- Hörbehinderung
- Desorientierung

#### **4. Ist die ob genannte Person auf einen Rollstuhl angewiesen?**

- ja
- nein

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes