

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** die öffentlichen 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 Behinderten-transport angewiesen ist.

Herr / Frau

Name / Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Tel. Nr.: _____

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: _____