

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 Behindertentransport angewiesen ist.

EGH T65+

Herr / Frau

Name / Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Tel. Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

1. Kann die obgenannte 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 obgenannte Person auf einen Rollstuhl angewiesen?

- ja
- nein

Datum: _____ Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

Stempel und Unterschrift Arzt / Ärztin: _____