

## Ärztliche Bescheinigung

Name

Vorname

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum

---

Diagnose

Krankheitsbedingte Einschränkung der täglichen Verrichtungen

Krankheitsbedingte Einschränkung der körperlichen Mobilität

Freie Gehstrecke

bis 300m       über 300m \*

\* Hinweis:

Bei einer Gehstrecke über 300m wird keine Ermässigung gewährt und es wird empfohlen, das Gesuch nicht einzureichen.

Darlegung der Gründe, weshalb öffentliche Verkehrsmittel nicht verwendet werden können

Ist die Fahreignung gegeben?

Ja       Nein

Sind Auflagen notwendig?

Sind weitere Abklärungen nötig? Wenn ja, welche

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift Arzt