

### 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: \_\_\_\_\_