



Ärztliche Bescheinigung über eine Mobilitätsbehinderung

Antragsteller

Name: Vorname:

Adresse: Ort:

Automarke: Kennzeichen:

1. Art der Gehbehinderung gemäss Punkt 3 der Richtlinien der Interkantonalen Kommission für den Strassenverkehr (IKST)?

Die Gehbehinderung äussert sich darin, dass der gehbehinderten Person dauernd oder vorübergehend während mindestens 6 Monaten eine Fortbewegung zu Fuss nur bis ca. 200 m oder mit Hilfe einer Begleitperson bzw. mit besonderen Hilfsmitteln möglich ist. Hierbei handelt es sich um Gehbehinderungen deren Ursache im Bewegungsapparat der Beine (direkte Gehbehinderung) wie auch im Atem- und Kreislaufsystem (indirekte Gehbehinderung) liegen können.

Art der Gehbehinderung:

Eingesetzte Hilfsmittel:

2. Die Gehbehinderung ist

- vorübergehend (passager)
- zunehmend/sich verschlechternd
- gleichbleibend/konstantes Beschwerdebild

Minimale Dauer der Behinderung:

3. Bemerkungen

.....
.....

Ort/Datum:

Stempel/Unterschrift Arzt:

Das Erfordernis einer vertrauensärztlichen Untersuchung bleibt vorbehalten