



Ärztliche Bestätigung für Personen mit Gehbehinderung

Betroffene Person

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

Postleitzahl:

Wohnort:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Ort und Datum: Unterschrift:

Ärztliche Bestätigung

Ich bestätige, dass bei der oben genannten Person eine Gehbehinderung gemäss diesen beiden Kriterien vorliegt:

1. Die Fortbewegung zu Fuss ist nur bis ca. 200 Meter oder nur mit besonderen Hilfsmitteln oder mit Hilfe einer Begleitperson möglich.
2. Es handelt sich um eine Gehbehinderung mit Ursache im Bewegungsapparat der Beine (direkte Gehbehinderung) oder mit Ursache im Atem- und Kreislaufsystem (indirekte Gehbehinderung).

Bitte ankreuzen: Die Gehbehinderung ist

vorübergehend

gleichbleibend/zunehmend

Ort und Datum: Stempel und Unterschrift: