

## Ärztliche Bescheinigung über eine Mobilitätsbehinderung

**Antragsteller/in:**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Strasse:** \_\_\_\_\_

**PLZ / Wohnort:** \_\_\_\_\_

1. Art der Gehbehinderung gemäss Punkt 3 der Richtlinie der Interkantonalen Kommission den Strassenverkehr (IKST)

Die Gehbehinderung äussert sich darin, dass der gehbehinderten Person dauernd oder vorübergehend während mindestens 6 Monaten eine Fortbewegung zu Fuss 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.

2. **Die Gehbehinderung ist**

vorübergehend bis.....

dauernd

3. **Ist eine Überprüfung der Fahreignung angezeigt?**  ja  nein

4. **Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift  
des Arztes / der Ärztin: \_\_\_\_\_