

Postfach 350
CH-4702 Oensingen
Telefon 062 311 76 76
Telefax 062 311 76 77

Ärztliche Bescheinigung über eine Mobilitätsbehinderung

Antragsteller/in:

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ / Wohnort:

1. Art der Gebehinderung gemäss Punkt 3 der Richtlinie der Interkantonalen Kommission den Strassenverkehr (IKST).
Die Gebehinderung 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:

Stempel und Unterschrift
des Arztes / der Ärztin

Datum: