

B Fragen zur Mobilität

1. Sind Sie auf einen Rollstuhl angewiesen? ständig zeitweise nein

2. Können Sie die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen? (Tram, Bus, Bahn)

ja nein teilweise

Wenn **nein**, aus welchen Gründen?

.....
.....

Wenn **teilweise**, unter welchen Umständen?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Können Sie in ein normales Personenauto ein-/aussteigen? ja nein

4. Brauchen Sie bei der Benützung eines Personenautos / Behindertentaxis Unterstützung?
Z.B. Hilfe vom Wohnort bis zum Fahrzeug, bzw. vom Fahrzeug zum Bestimmungsort? Welche Art von Unterstützung?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Welche Transportmittel benutzen Sie?

| | <i>häufig</i> | <i>selten</i> | <i>nie</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - zu Fuss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Eigenes Auto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mitfahrt bei Ehepartner/in, Nachbar/innen, Bekannte usw. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Taxi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Öffentliche Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Weitere:..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Welches sind die Zwecke der Fahrten?

- Arbeit Wo?.....
- Therapie Wo?.....
- Arztbesuche Welche?.....
- Freizeit z. B.....
- Weitere z. B.....

7. Wohnen Sie im Heim selbständig

Falls **Heimbewohner/in**: Könnten die Fahrten oder ein Teil davon durch Heim-eigene Fahrzeuge abgedeckt werden?

ja nein teilweise

Wenn **teilweise**, welche?

.....

.....

8. Benutzen Sie **alternative Fahrmöglichkeiten** wie z. B. Rotkreuz-Fahrdienst / und evtl. andere?

ja nein

Wenn Sie alternative Fahrmöglichkeiten **nicht** benutzen, warum nicht?

.....

.....

9. Welche Finanzierungsmöglichkeiten bestanden **bisher** / bestehen **künftig** durch Dritte

- Krankenkasse
- IV
- Ergänzungsleistungen
- Andere

Ich erkläre, die obenstehenden Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Ich ermächtige die Abklärungsstelle, im Bedarfsfall Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt und/oder mit einer sozialen Dienststelle zu nehmen.

Ort/Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Der **komplett ausgefüllte Antrag** geht inkl. **Beilagen** an die Abgabestelle:

Stiftung BTB, Schwarztorstrasse 32, 3007 Bern
Tel. 031 307 40 40

C **Ärztliche Bescheinigung**

(Notwendig bei **allen Erstanträgen**. Bei Erneuerungsanträgen, **wenn der alte Ausweis nur 1 Jahr oder weniger lange gültig war oder auf Verlangen der Abklärungsstelle**)

Bitte alle Angaben mit Blockschrift

1. Ist die antragstellende Person auf einen Rollstuhl angewiesen?

ständig zeitweise nein

Hinweis: Als „ständig auf den Rollstuhl angewiesen“ gelten auch Personen, die ausserhalb des Hauses immer den Rollstuhl benutzen.

Wenn zeitweise, unter welchen Umständen?

2. Kann die antragstellende Person die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen?

ja nein

Kann die antragstellende Person die Haltestelle zum nächstgelegenen Verkehrsmittel selbständig erreichen, d. h. kann sie eine Strecke von ca. 200 m (Richtgrösse) zurücklegen?

ja nein

Bemerkungen

3. Braucht die antragsstellende Person bei der Benützung eines Personenautos / Behindertentaxis Unterstützung? Z.B. Hilfe vom Wohnort bis zum Fahrzeug, bzw. vom Fahrzeug zum Bestimmungsort? Welche Art von Unterstützung genau?

4. Medizinische Diagnose

5. Ist die Mobilitätsbehinderung

irreversibel? vorübergehend? progressiv stabil?

Wenn vorübergehend, voraussichtliche Dauer?

6. Bemerkungen

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

.....

.....