

24.10.2024

Arztzeugnis

Für:

Name / Vorname.....

Geburtsdatum.....

PLZ / Wohnort.....

Strasse.....

***Das Arztzeugnis ist vollständig durch den Arzt / die Ärztin auszufüllen.
Unvollständige / unleserliche Zeugnisse werden nicht bearbeitet. Ebenso Zeugnisse mit verschiedenen
Handschriften, Korrekturen usw.***

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 benützen.

Wenn zeitweise, unter welchen Umständen?

2. Wenn die antragstellende Person zu Fuss unterwegs ist: Benutzt sie dabei einen Rollator?

ja nein

Wenn nein, warum nicht?

3. Ist die antragstellende Person chronisch gehbehindert?

ja nein

4. Kann die antragstellende Person die Haltestelle eines öffentlichen Nahverkehrsmittels selbständig – u.U. mit Rollator und/oder mit Pausen - erreichen, d. h. kann sie eine Strecke von ca. 200 m (Richtgrösse) zurücklegen?

ja nein

5. Medizinische Diagnose

Es sind alle für die Beurteilung der Gehfähigkeit relevanten Diagnosen aufzuführen, inkl. Angabe des Grades (z.B. „Herzinsuffizienz NYHA 4“).

6. Ist die Mobilitätsbehinderung

irreversibel? vorübergehend? progressiv stabil?

Wenn vorübergehend, voraussichtliche Dauer?

7. Bemerkungen

Ort / Datum

Stempel der Praxis
Name Arzt / Ärztin
Unterschrift Arzt / Ärztin

.....

.....