

Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage beim Kreis Herford – Soziale Leistungen
zur Nutzung des Fahrdienstes für Menschen mit Behinderungen/
mobilitätseingeschränkte Menschen
im Kreis Herford

Patient :

Name, Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Der / Die o.G. ist nicht im Besitz eines Schwerbehindertenausweises, weil

_____.

Diagnose bzw. kurze Schilderung des Krankheitsverlaufs:

Nach meiner Einschätzung liegt eine Erkrankung / Behinderung vor, die den Kriterien für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises mit dem Merkzeichen

aG - außergewöhnliche Gehbehinderung

entspricht.

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel des Arztes