



Ärztliche Bestätigung zur Nichtnutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV)

Name der fachärztlichen Person: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Ich bestätige unter Zugrundelegung meines ärztlichen Attestes vom _____, dass

Person: _____

Wohnanschrift: _____

den öffentlichen Personennahverkehr voraussichtlich bis _____ nicht nutzen kann.

Während der Gültigkeit dieser Bescheinigung kann die genannte Person dauerhaft, das heißt an keinem Tag den öffentlichen Personennahverkehr wie U-Bahn, S-Bahn, Regionalbahn, Tram, Bus usw. nutzen.

Die Grundzüge von ärztlichen Bescheinigungen zur Vorlage bei der Straßenverkehrsbehörde wegen der Regelung verkehrlicher Belange sind mir bekannt. Ich habe Kenntnis über die Begutachtungs-Leitlinien „Krankheit und Kraftverkehr“ und das "Psychologische Gutachten Kraffahreignung", welche zusammengeführt wurden, sowie die analoge Heranziehung der daraus resultierenden Grundüberlegungen im Hinblick auf die Bescheinigung zur Nichtnutzbarkeit des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV). Entscheidungserheblich für meine ärztliche Bescheinigung ist die von der Bundesanstalt für Straßenwesen herausgegebene Endfassung der „Begutachtungs-Leitlinien zur Kraffahreignung“.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben und bin mir bewusst, dass unrichtige Angaben strafbare Handlungen im Sinne des § 278 StGB darstellen können.

Datum, Unterschrift, Stempel