

## Ärztliche Bestätigung über eine erhebliche Mobilitätseinschränkung

**Frau/Herrn** .....

**geboren am** .....

**wohnhaft** 23879 Mölln, .....

wird mit dieser Bescheinigung bestätigt, dass aufgrund des ärztlichen Befundes **eine erhebliche Einschränkung der Mobilität** festgestellt wurde und der **maximale Aktionsradius ca. 100 Meter** beträgt.

Es handelt sich um einen vorübergehenden Zustand bis zum .....

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift/Stempel des behandelnden Arztes