

An das
Landratsamt Esslingen
- Straßenverkehrsbehörde -
73726 Esslingen am Neckar

Antrag auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung
gemäß § 46 Abs. 1 Nr. 11 der Straßenverkehrs-Ordnung (StVO)
zur Bewilligung von Parkerleichterungen für besondere Gruppen Schwerbehinderter
in der Bundesrepublik Deutschland

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)	Telefonnummer

Ich bin Schwerbehinderte(r),
zuletzt festgestellt durch Bescheid des Amtes für besondere Hilfen

Amt für besondere Hilfen	Datum	Aktenzeichen

Das Merkzeichen aG oder BI (außergewöhnliche Gehbehinderung/Blindheit) ist bei mir nicht festgestellt. Ich beantrage die Ausnahmegenehmigung, weil

- ☐ bei mir allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) ein GdB von wenigstens 70 und gleichzeitig für Funktionsstörungen des Herzens und der Atmungsorgane ein GdB von wenigstens 50 vorliegt und die Merkzeichen „G“ und „B“ festgestellt sind.
- ☐ ich an Morbus-Crohn/Colitis Ulcerosa mit schwerer Auswirkung leide und hierfür ein GdB von wenigstens 60 vorliegt.
- ☐ ich einen künstlichen Darmausgang und eine künstliche Harnableitung habe und hierfür ein GdB von wenigstens 70 vorliegt.
- ☐ bei mir eine versorgungsärztlich festgestellte vergleichbare Erkrankung nach den Randnummern 134 bis 136 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrs-Ordnung (VwV-StVO) vorliegt.

Der Fragebogen über die mobilitätsbezogene Beeinträchtigung auf der Rückseite ist vom behandelnden Arzt auszufüllen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Straßenverkehrsbehörde zur Prüfung der Voraussetzungen für die Ausstellung der von mir beantragten Ausnahmegenehmigung zur Parkerleichterung für schwerbehinderte Menschen meine Schwerbehindertenakten beizieht und diese dem Gesundheitsamt und ggf. dem Regierungspräsidium Stuttgart vorgelegt werden.
Eventuell zusätzlich notwendige ärztliche Befunde werde ich auf eigene Kosten selbst beibringen.
Ich entbinde die beteiligten Ärzte, sonstige Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.
Ich stimme ausdrücklich der Datenerhebung, -nutzung, -speicherung und -übermittlung zu.
Ich nehme zur Kenntnis, dass ich dieser Datenübermittlung widersprechen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person

Ärztliche Beurteilung zur Einschätzung der Mobilität

Name, Vorname, geb.:

Aktenzeichen:

Gehvermögens und der Gehstrecke:

- ☐ voll gehfähig
☐ gehunfähig
☐ eingeschränkt gehfähig (gehfähig ohne Rast in der Ebene für _____ m)

Personelle Hilfe

	nicht erforderlich	gelegentlich	ständig	nicht möglich
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus dem Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel

	nicht erforderlich	gelegentlich	ständig	nicht möglich
Gehstock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientierungsstörung

	keine	gelegentlich	ständig / häufig	nicht beurteilbar
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewußtlosigkeitsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dissoziativen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsstörungen				

Bettlägerigkeit

	nicht zutreffend	gelegentlich	ständig	nicht beurteilbar
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen: _____

Welche Gesundheitsstörung schränkt die Gehfähigkeit o.g. Person am meisten ein?

Datum

Unterschrift und Stempel Arzt / Ärztin