

ANTRAG

auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung nach § 46 Abs. 1 Satz 1 Nr. 11 StVO
über Parkerleichterungen für besondere Gruppen schwerbehinderter Menschen sowie
Personen mit vorübergehender erheblicher Gehbehinderung / Mobilitätsbeeinträchtigung

(Eine Kopie des Schwerbehindertenausweises ist – sofern vorhanden – beizufügen!)

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon

Eine amtliche Anerkennung als Schwerbehinderte(r)

ist erfolgt durch Bescheid der / des

vom _____ Aktenzeichen _____

Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) oder BI (Blindheit) wurde nicht festgestellt.
Beidseitige Amelie / Phokomelie oder vergleichbare Funktionseinschränkungen liegen nicht vor.

wurde beantragt am _____ bei _____

wurde (bisher) nicht beantragt.

Ich beantrage eine bundesweit geltende Ausnahmegenehmigung wegen

1. Schwerbehinderung mit den Merkzeichen G und B und einem Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 80 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken)
2. Schwerbehinderung mit den Merkzeichen G und B und einem GdB von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen an den unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirken) und gleichzeitig einem GdB von wenigstens 50 für Funktionsstörungen des Herzens oder der Atmungsorgane
3. Schwerbehinderung aufgrund einer Erkrankung an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa mit einem hierfür zuerkannten GdB von wenigstens 60
4. Schwerbehinderung aufgrund eines künstlichen Darmausgangs und zugleich einer künstlichen Harnableitung mit einem hierfür zuerkannten GdB von wenigstens 70

Die vorstehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden (noch) nicht amtlich bescheinigt.
Ich beantrage deshalb eine in Schleswig-Holstein geltende Ausnahmegenehmigung wegen

5. erheblicher dauerhafter Gehbehinderung mit dem Merkzeichen G und einem GdB von wenigstens 70 und einer maximalen Gehstrecke von ca. 100 m
6. erheblicher vorübergehender oder noch nicht amtlich anerkannter dauerhafter Gehbehinderung / Mobilitätsbeeinträchtigung mit einer maximalen Gehstrecke von ca. 100 m, verursacht durch _____

Eine entsprechende Bescheinigung des behandelnden (Fach-)Arztes ist beizufügen!

Mit der Auswertung der für dieses Verfahren notwendigen medizinischen Unterlagen aus der beim Landesamt für soziale Dienste geführten Schwerbehindertenenakte erkläre ich mich einverstanden.
Die mich behandelnden Ärzte entbinde ich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)



Ärztliche Bescheinigung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Hiermit wird bestätigt, dass eine vorübergehende erhebliche Gehbehinderung /
Mobilitätsbeeinträchtigung mit einer maximalen Gehstrecke von ca. 100 m vorliegt.
Es handelt sich um einen vorübergehenden Zustand bis _____ (Tag/Monat/Jahr).

- Hiermit wird bestätigt, dass eine noch nicht amtlich anerkannte dauerhafte erhebliche
Gehbehinderung / Mobilitätsbeeinträchtigung mit einer maximalen Gehstrecke von ca.
100 m vorliegt.

Diagnose/Ursache

Datum, Unterschrift, Praxisstempel

