

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
--

Fragebogen

über die mobilitätsbezogene Beeinträchtigung - vom behandelnden Arzt auszufüllen -

1. Voll gehfähig
 2. Gehfähig ohne Rast in der Ebene für _____ m
 3. Gehfähig ohne gravierende Schmerzen bis _____ m
 4. Äußerst mühevoll Gehen auf einer Strecke von maximal _____ m
 5. Gehfähig mit Begleitung ja nein
 6. Gehfähig mit Hilfsmittel ja nein
- Gehstock
- Rollator

Bemerkungen und andere Erkrankungen

(z. B. Reizdarm, Tumorerkrankungen, schwere Darmerkrankungen):

Ort, Datum

Unterschrift und Siegel
behandelnder Arzt