

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 Arbeitsschutz, Soziales und Gesundheit geführten Schwerbehindertenakte erkläre ich mich einverstanden. Die mich behandelnden Ärzte entbinde ich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Diese Seite wird von den zuständigen Behörden ausgefüllt !

(Bezeichnung der Straßenverkehrsbehörde)

(Ort)

_____, _____
(Datum)

(Anschrift des Landesamtes)

Aktenzeichen:
Sachbearbeiter/in:
E-Mail:
Telefon:
Telefax:

Den umseitigen Antrag übersende ich mit der Bitte um Stellungnahme nach Aktenlage bzw. nach versorgungsärztlicher Untersuchung.

(Unterschrift)

Stellungnahme des Landesamtes

☐ Die Voraussetzungen der Nr. ____ des umseitigen Katalogs sind **erfüllt**.

Eine Nachprüfung ist ☐ am _____ ☐ nicht erforderlich.

☐ Die Voraussetzungen der Nummern 1 – 5 des umseitigen Kataloges sind **nicht** erfüllt.
Kurzbeurteilung (stichwortartig):

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

Urschriftlich zurück an

(Anschrift der Straßenverkehrsbehörde)