

# Antrag

## auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung gemäß § 46 (1) Nr. 11 StVO zur Bewilligung von Parkerleichterungen

Antragstellerin / Antragsteller

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

gegebenenfalls  
gesetzliche Vertreterin /  
gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

### Da ich die die Voraussetzungen des § 46 Abs. 1 Nr. 11 StVO erfülle, stelle ich hiermit einen Antrag auf Ausnahmegenehmigung zur Bewilligung von Parkerleichterungen

Die Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung) oder Bl (Blindheit) wurden nicht festgestellt. Beidseitige Amelie / Phokomelie oder vergleichbare Funktionseinschränkungen liegen nicht vor.

- Schwerbehinderte Menschen mit den Merkzeichen G und B und einem Grad der Behinderung von wenigstens 70 allein für Funktionsstörungen der unteren Gliedmaßen (und der Lendenwirbelsäule, soweit sich diese auf das Gehvermögen auswirkt) und gleichzeitig ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 für Funktionsstörungen der Herzens oder der Atmungsorgane (RN 134)
- Schwerbehinderte Menschen die an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa erkrankt sind, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 60 vorliegt (RN 135)
- Schwerbehindert Menschen mit künstlichem Darmausgang und zugleich künstlicher Harnableitung, wenn hierfür ein Grad der Behinderung von wenigstens 70 vorliegt (RN 136)
- Schwerbehinderte Menschen, die nach versorgungsärztlicher Feststellung dem Personenkreis nach den Randnummern 134 bis 136 gleichzustellen sind
- Ich bin auf Grund meiner Behinderung beim Ein- und Aussteigen auf das vollständige Öffnen der Türen des Kraftfahrzeuges angewiesen.  
**(Kann nur angekreuzt werden, wenn Sie bereits in Besitz einer derartigen Ausnahmegenehmigung sind!)**

**Dem Antrag füge ich eine Bescheinigung des Landesverwaltungsamtes, Referat Schwerbehindertenrecht bei.**

- Bei mir liegt infolge einer schweren Operation oder medizinischen Behandlung eine vorübergehende, außergewöhnliche Gehbehinderung vor.

**Dem Antrag füge ich eine Bescheinigung der Ärztin / des Arztes bei.**

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

- <sup>1</sup> Zutreffendes ankreuzen!