

An das
Ordnungsamt Filderstadt
- Straßenverkehrsbehörde -
Filderbahnstraße 12
70794 Filderstadt



Antrag auf Erteilung einer Ausnahmegenehmigung

gemäß § 46 Abs. 1 Nr. 11 der Straßenverkehrs-Ordnung (StVO) zur Bewilligung von Park-
erleichterungen 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 festge-
stellt. 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 gleichzei-
tig 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 Rand-
nummern 134 bis 136 der allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Straßenverkehrsordnung
(VwV-StVO) vorliegt.

**Der Fragebogen über die mobilitätsbezogene Beeinträchtigung 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 –

Zusätzlich zu diesem Fragebogen ist ein aktuelles ärztliches Attest vorzulegen.

1. ☐ Voll gehfähig
2. ☐ Gehfähig ohne Rast in der Ebene für m
3. ☐ Gehfähig ohne gravierende Schmerzen bis m
4. ☐ Äußerst mühevolles Gehen auf einer Strecke von maximal m
5. gehfähig mit Begleitung ☐ ja ☐ nein
6. gehfähig mit Hilfsmittel ☐ ja ☐ nein
☐ Gehstock
☐ Rollator
7. andere Erkrankungen
(z. B. Reizdarm, Tumorerkrankungen, Darmerkrankungen)

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift und Siegel