

# 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 Schwerbehindertenaakte erkläre ich mich einverstanden.  
Die mich behandelnden Ärzte entbinde ich von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

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

# Amt Boostedt-Rickling

## Der Amtsdirektor

- als Straßenverkehrsbehörde -



**Besuchszeiten\*:**

Mo., Di., Do., Fr.  
Boostedt Dienstag außerdem  
Rickling Donnerstag außerdem

08.00 bis 12.00 Uhr  
15.00 bis 18.00 Uhr  
15.00 bis 18.00 Uhr  
**keine Besuchszeit**

**Mittwoch:**

\*oder nach tel. Vereinbarung

**Hausanschrift Hauptstelle:**  
**Hausanschrift Außenstelle:**

Twiete 9, 24598 Boostedt  
Dorfstraße 34, 24635 Rickling

Telefonzentrale:  
Telefax:

04393/9976-0  
04393/997650  
info@amt-boostedt-rickling.de

Amt Boostedt-Rickling, Twiete 9, 24598 Boostedt

Landesamt für soziale Dienste  
Schleswig-Holstein  
Außenstelle Lübeck  
Große Burgstr. 4  
**23552 Lübeck**

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Mein Zeichen	<b>A03.5</b>
--------------	--------------

Bearbeitet von **Frau Hamann**  
Telefondurchwahl **04393/9976-34**

Email: **Ann-christin.hamann@amt-boostedt-rickling.de**

**Boostedt, den**

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

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

---

**Stellungnahme der Außenstelle des Landesamtes für soziale Dienste:**

- Die Voraussetzungen der Nr. \_\_\_\_ des umseitigen Katalogs sind **erfüllt**.  
Eine Nachprüfung ist  am \_\_\_\_\_  nicht erforderlich.
- Die Voraussetzungen der Nummern 1 – 6 des umseitigen Kataloges sind **nicht** erfüllt.  
Kurzbeurteilung (stichwortartig):

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

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

---

**Urschriftlich zurück an**

Amt Boostedt-Rickling  
-Der Amtsdirektor-  
als Straßenverkehrsbehörde  
Twiete 9  
24598 Boostedt