

Barlachstadt Güstrow
Der Bürgermeister
- Straßenverkehrsbehörde -
Markt 1

18271 Güstrow

Antrag

**auf Erteilung oder Verlängerung einer Ausnahmegenehmigung nach § 46 StVO zur Bewilligung von
Parkerleichterungen im Straßenverkehr für besondere Gruppen von schwerbehinderten Menschen
und Menschen mit vorübergehender erheblicher Gehbehinderung oder Mobilitätsbeeinträchtigung**

Antragsteller/-in

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

18273 Güstrow

Geburtsdatum:

gesetzliche/-r Vertreter/-in:

Telefon (freiwillige Angabe):

Aktenzeichen Versorgungsverwaltung:

Ich beantrage auf Grund meiner Behinderung eine Ausnahmegenehmigung zur Bewilligung von Parkerleichterungen im Straßenverkehr. Durch die zuständige Versorgungsverwaltung wurde ein Feststellungsverfahren durchgeführt, jedoch eine außergewöhnliche Gehbehinderung (Merkzeichen "aG") oder Blindheit (Merkzeichen "Bl") nicht zuerkannt.

Ich beantrage auf Grund meiner Behinderung oder Mobilitätsbeeinträchtigung (maximaler Aktionsradius ca. 100 m) eine Ausnahmegenehmigung zur Bewilligung von Parkerleichterungen im Straßenverkehr. Das Feststellungsverfahren bei der zuständigen Versorgungsverwaltung ist noch nicht abgeschlossen. Dem Antrag füge ich eine ärztliche Bescheinigung meines behandelnden Arztes über das Ausmaß und die Dauer der Gehbehinderung oder Mobilitätsbeeinträchtigung bei.

Ich beantrage wegen meiner Leiden als einfacher Stomaträger eine Ausnahmegenehmigung zur Bewilligung von Parkerleichterungen im Straßenverkehr.

Ich beantrage wegen meiner vorübergehenden erheblichen Mobilitätsbeeinträchtigung (maximaler Aktionsradius ca. 100 m) auf Grund eines Unfalls, einer Operation oder einer Krankheit eine Ausnahmegenehmigung zur Bewilligung von Parkerleichterungen im Straßenverkehr.

Ich beantrage die Verlängerung der Ausnahmegenehmigung Nr. _____
Dem Antrag füge ich eine aktuelle Bescheinigung meines behandelnden Arztes über das Ausmaß und die Dauer der Gehbehinderung oder Mobilitätsbeeinträchtigung bei (ausgenommen bei abgeschlossenem Feststellungsverfahren bei der zuständigen Versorgungsverwaltung).

Die mich behandelnden Ärzte entbinde ich in diesem Zusammenhang von ihrer ärztlichen Schweigepflicht. Mit der Auswertung der für das Genehmigungsverfahren notwendigen medizinischen Unterlagen aus der bei der zuständigen Versorgungsverwaltung geführten Schwerbehindertenakte erkläre ich mich einverstanden. Sofern die in der Schwerbehindertenakte vorhandenen Unterlagen zur Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen nicht ausreichen, bin ich damit einverstanden, dass die Versorgungsverwaltung im erforderlichen Umfang von Ärzten und Krankenanstalten, die mich behandeln oder behandelt haben, ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsunterlagen bezieht und sonstige ärztliche Auskünfte, insbesondere Befundberichte, einholt. Insofern entbinde ich auch die von der Versorgungsverwaltung ersuchten Ärzte und Krankenanstalten von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Güstrow,

Unterschrift