

## Gesuch um Abgabe einer Parkkarte für Gehbehinderte

### Personalien bzw. Angaben der Organisation (Bitte Gross-/Kleinschrift in schwarzer Farbe)

Name (Auch Geburtsname):

Vorname(n):

Strasse, Nr.

PLZ

Wohnort:

Heimatort + Kanton (Ausländer Heimatstaat)

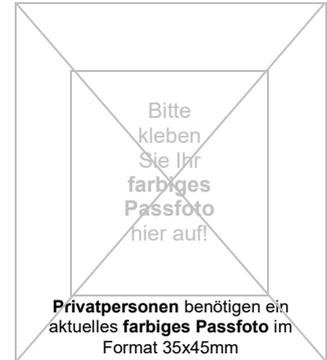
T T M M J J J J

Geburtsdatum:

weiblich

männlich

Tel. (tagsüber)



▼ Unterschrift Gesuchsteller/in (innerhalb dieses Feldes in schwarzer Farbe) ▼

Das Gesuch ist auf den Namen der behinderten Person bzw. der berechtigten Organisation auszustellen und durch diese persönlich bzw. durch den gesetzlichen Vertreter zu unterzeichnen.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

### Zusätzliche Angaben bei Privatpersonen:

Die ärztliche Bescheinigung (siehe Rückseite) über eine Mobilitätsbehinderung ist Bestandteil dieses Gesuches.

Bemerkungen:

---

---

---

Besitzen Sie einen Führerausweis im Kreditkartenformat?

Ja

Nein

### Zusätzliche Angaben der Organisation:

Kontrollschild:

---

Grund der Fahrten:

---

Häufigkeit der Fahrten:

---

Wie viele Personen werden im Durchschnitt befördert?

---

Wer vorsätzlich durch unrichtige Angaben, Verschweigen erheblicher Tatsachen oder Vorlage falscher Bescheinigungen eine Bewilligung erschleicht, wird verzeigt und hat mit Gefängnis oder Busse zu rechnen (Art. 97 SVG). Zusätzlich droht der Entzug oder die Verweigerung der Bewilligung (Art. 16 SVG). Bei Behinderten, die im Besitz eines Führerausweises sind, kann die Fahreignung abgeklärt werden. Diese Abklärung ist kostenpflichtig und kann unter Umständen zu Einschränkungen oder zum Entzug des Führerausweises führen.

➔ Bitte beachten Sie die ärztliche Bescheinigung auf der Rückseite

Strassenverkehrsamt  
Prävention und Massnahmen  
Moosweg 7a  
Postfach  
8501 Frauenfeld

## Ärztliche Bescheinigung über eine Mobilitätsbehinderung

1. **Name:** \_\_\_\_\_  
**Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Strasse:** \_\_\_\_\_  
**PLZ / Wohnort:** \_\_\_\_\_

2. Art der Gehbehinderung gemäss Punkt 3 der Richtlinie der Interkantonalen Kommission für den Strassenverkehr.

*Die Gehbehinderung äussert sich darin, dass der gehbehinderten Person dauernd oder vorübergehend während **mindestens 6 Monaten** eine Fortbewegung zu Fuss nur bis ca. 200 m oder mit Hilfe einer Begleitperson bzw. mit besonderen Hilfsmitteln möglich ist. Hierbei handelt es sich um Gehbehinderungen deren Ursache im Bewegungsapparat der Beine (direkte Gehbehinderung) wie auch im Atem- und Kreislaufsystem (indirekte Gehbehinderung) liegen können.*

**Art der Gehbehinderung:** \_\_\_\_\_  
**Eingesetzte Hilfsmittel:** \_\_\_\_\_

3. **Die Gehbehinderung ist**

- vorübergehend (passager) / Voraussichtliche Dauer: \_\_\_\_\_  
 zunehmend / sich verschlechternd  
 gleich bleibend / konstantes Beschwerdebild

4. **Ist eine Überprüfung der Fahreignung angezeigt?**  
(Nur auszufüllen, wenn die Person einen Führerausweis besitzt)

Ja  Nein

5. **Bemerkungen:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ort/Datum:** \_\_\_\_\_ **Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin:** \_\_\_\_\_