



Voraussetzung für eine Parkkarte ist, dass Sie eine ärztlich bestätigte Mobilitätsbehinderung haben.

**1. Personalien der gehbehinderten Person** (Bitte Gross- und Kleinschrift)

Name	Geburtsname (wenn anders als Familienname)
------	--

Vorname(n)

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ	Wohnort
-----	---------

Heimatort (für Schweizer/innen) oder Heimatstaat (für Ausländer/innen)

Geburtsdatum  
(Tag/Monat/Jahr)         weiblich ☐ männlich ☐

Mobiltelefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail

Führerausweis vorhanden ☒ ja ☐ nein

▽ **Unterschrift Gesuchsteller/in oder** ▽  
**gesetzliche/r Vertreter/in** (innerhalb des Feldes)

☐ **Erstmaliges Gesuch** ☐ **Gesuch um Erneuerung** Bisherige Kartennummer: \_\_\_\_\_

## Hinweise

- Wenn Sie eine Gehbehinderung und einen Führerausweis haben, müssen wir möglicherweise abklären, ob Sie mit Ihrer Behinderung noch fahren dürfen. Diese so genannte Abklärung der Fahreignung ist kostenpflichtig und kann zu Einschränkungen oder zum Entzug des Führerausweises führen.
- Wenn Sie absichtlich falsche Angaben machen, können wir Ihnen die Parkkarte entziehen und Sie müssen mit einer Strafe rechnen.

## 2. Ärztliche Bestätigung Ihrer Mobilitätsbehinderung

## 2.1 Art der Gehbehinderung

Es muss eine erhebliche Gehbehinderung vorliegen. Erheblich ist die Gehbehinderung, wenn der Person dauernd oder vorübergehend während mindestens sechs Monaten eine Fortbewegung zu Fuss nur bis ca. 200m oder nur mit besonderen Hilfsmitteln oder nur mit Hilfe einer Begleitperson möglich ist. Die Ursache der Gehbehinderung kann im Bewegungsapparat der Beine liegen (so genannte direkte Gehbehinderung) oder im Atem- und Kreislaufsystem (so genannte indirekte Gehbehinderung). Die Art der Gehbehinderung muss mit einem ärztlichen Zeugnis bescheinigt werden. Wir können zusätzlich ein ärztliches Zeugnis einer Vertrauensärztin oder eines Vertrauensarztes verlangen.

Art der Gehbehinderung \_\_\_\_\_

Eingesetzte Hilfsmittel \_\_\_\_\_

**2.2 Die Gehbehinderung ist:** ☒ vorübergehend ☐ gleichbleibend/konstant ☐ zunehmend/sich verschlechternd

Voraussichtliche Dauer der Gehbehinderung:

**2.3** Ist eine Überprüfung der Fahreignung angezeigt (nur bei Inhaber/in eines Führerausweises ausfüllen)?: ☐ ja ☐ nein

## 2.4 Bemerkungen:

Ort und Datum                  Stempel und Unterschrift  
Ärztin / Arzt

