

**Ärztliche Stellungnahme  
für die Beantragung einer Schülerspezialbeförderung –  
Satzung des Landkreises Oberhavel zur Schülerspezialbeförderung vom 21.05.2025**

Angaben zum Schulkind: Aktenzeichen (sofern bekannt): 406

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Name Vorname Geburtsdatum

Für das Schulkind wird eine Schülerspezialbeförderung für das Schuljahr: 202 / 202 beantragt, weil aufgrund einer dauerhaften Beeinträchtigung eine Beförderung mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht möglich ist.

Die Unmöglichkeit der Benutzung des öffentlichen Personennahverkehrs für den Schulweg ist unter anderem durch eine ärztliche Stellungnahme nachzuweisen (§ 2 Absatz 1 a Satzung des Landkreises Oberhavel zur Schülerspezialbeförderung).

Die Stellungnahme erfolgt auf Grundlage der ärztlichen Untersuchung und Bewertung. Die Entscheidung über die Gewährung der Schülerspezialbeförderung trifft der Landkreis.

*Bei unklaren oder widersprüchlichen Angaben kann eine ergänzende amtsärztliche Stellungnahme eingeholt werden.*

---

**Ärztliche Stellungnahme:**

**1. Schwerbehinderung/Pflege** (sofern vorhanden)

Behindertenausweis vorhanden:  ja  nein

GdB: \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

**2. Medizinische Ausgangslage** (kurz)

*(nur entscheidungsrelevante Angaben mit Bezug auf die Einschränkung im Schulweg)*

---

---

---

---

---

**Schuelerspezialbefoerderung@oberhavel.de**

---

**3. Funktionale Einschränkungen** (relevant für den Schulweg)  
(bitte Zutreffendes ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

- eingeschränkte Gehfähigkeit (max. \_\_\_\_\_ m)
- eingeschränkte körperliche Belastbarkeit
- kognitive Einschränkungen (Orientierung / Gefahren einschätzung)
- psychische Einschränkungen (z. B. Angst, Reizüberflutung, Konzentration, Selbstständigkeit)
- medizinisches Risiko (z. B. Anfälle, akute Verschlechterung)
- eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Seh-/Hörstörung)
- sonstige: \_\_\_\_\_

**4. Selbstständige Bewältigung des Schulwegs**

- möglich
- nicht möglich

**5. Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (ÖPNV)**

(Die folgende Einschätzung bezieht sich auf die Fähigkeit des Kindes, den Schulweg unter Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel zu bewältigen.)

- möglich
- nicht möglich/nicht zumutbar

Begründung der Einschränkung (zwingend, stichpunktartig ausreichend):

---

---

---

---

---

**6. Zeitliche Einschätzung**

- dauerhafte Beeinträchtigung
- vorübergehend bis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin