

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

1. Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen sollen nach dem Schwerbehindertenrecht berücksichtigt werden ?	Ursache: z.B. angeborene Gesundheitsstörung, Arbeits- , Verkehrs-, häuslicher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
2. Soll Ihr Antrag alle Gesundheitsstörungen , die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben – auch wenn sie unter II. 1. von Ihnen nicht aufgeführt wurden – umfassen ? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die nicht zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderungenbezogen werden können.	

III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

1. Hausarzt	wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)		
Name:	① ②	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte unbedingt ausfüllen ↓
Straße:	③ ④		
PLZ/Ort:	⑤ ⑥		
2. Fachärzte /Fachrichtung			
Name / Fachrichtung	① ②	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Hausarzt
Straße:	③ ④		<input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort:	⑤ ⑥		<input type="checkbox"/> nein
Name / Fachrichtung	① ②	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Hausarzt
Straße:	③ ④		<input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort:	⑤ ⑥		<input type="checkbox"/> nein
Name / Fachrichtung	① ②	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Hausarzt
Straße:	③ ④		<input type="checkbox"/> ja
PLZ/Ort:	⑤ ⑥		<input type="checkbox"/> nein

3. Krankenhausbehandlungen		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)
Name:	① ②	Behandlungszeitraum von – bis
Abteilung, Station:	③ ④	<input type="checkbox"/> stationär
Straße:	⑤ ⑥	<input type="checkbox"/> ambulant
PLZ/Ort:		
Name:	① ②	Behandlungszeitraum von – bis
Abteilung, Station:	③ ④	<input type="checkbox"/> stationär
Straße:	⑤ ⑥	<input type="checkbox"/> ambulant
PLZ/Ort:		
4. Reha - Einrichtungen / Kurkliniken		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)
Name:	① ②	Behandlungszeitraum von – bis
Straße:	③ ④	<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort:	⑤ ⑥	<input type="checkbox"/> ambulant
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, BfA, LVA):		
Name:	① ②	Behandlungszeitraum von – bis
Straße:	③ ④	<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort:	⑤ ⑥	<input type="checkbox"/> ambulant
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, BfA, LVA):		

IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen

1. von einem **Versorgungsamt** oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührensamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)?

Ja Nein Entscheidung noch nicht ergangen

2. von einer **Berufgenossenschaft** über das Vorliegen von Unfallfolgen und der darauf beruhenden MdE oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheid oder Unterlagen beifügen)

Ja Nein Entscheidung noch nicht ergangen ggf Unfalltag: _____ und Arbeitgeber: _____

Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs

3. Erhalten Sie **Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit** aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?

Ja Nein Entscheidung noch nicht ergangen Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____

Anschrift und Versicherungsnummer des Sozialversicherungsträgers:

4. Erhalten Sie **Pflegegeld** oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt ?

Ja Nein Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegestufe** _____ **Beginn der Leistung:** _____
Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers:
letzte Untersuchung: _____

5. Bei behinderten Kindern (**von den Eltern auszufüllen**) :

Besucht Ihr Kind eine – ggf. welche – Behinderteneinrichtung / -schule Ja Nein
Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung

6. Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen angefordert werden (z.B. Blindenhilfe) ?

Bezeichnung und Anschrift:

V. Schwerbehindertenausweis

1. Der Schwerbehindertenausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit

ab Antragstellung ab _____. Ein besonderes Interesse an der Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil (hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben z.B.: Finanzamt):

2. Ich benötige keinen Schwerbehindertenausweis

Wenn Sie diesem **Antrag** bereits ein **Lichtbild** (in der Größe eines Passbildes) **beifügen**, (Rückseite mit Namen beschriften) wird Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) der Ausweis direkt übersandt, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Andernfalls erfolgt die Aushändigung des Ausweises durch die Stadt- oder Gemeindeverwaltung (Einwohnermeldeamt, Meldestelle, Bürgeramt u.a.). Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Lichtbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.

VI. Erklärungen zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Versorgungsamt das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung nach § 69 SGB IX feststellen kann.

Sie sind gem. § 60 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Sie haben die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben mitzuteilen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Feststellungen nach § 69 SGB IX können gem. § 66 SGB I versagt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. So können z.B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Wir machen Sie vorsorglich darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Durchführung des SGB IX mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Versorgungsverwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Versorgungsverwaltung widersprechen.

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Krankenkassen, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von Ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen ausdrücklich zu.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Versorgungsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch, SGB X) und ich dem widersprechen kann.

_____, den _____

Unterschrift des Antragstellers bzw. des
Vertreters (**Vollmacht / Bestallungsurkunde /
Betreuerausweis – bitte Kopie – vorlegen**)

Dem Antrag füge ich bei:

- 1 Lichtbild aus neuester Zeit
 Kopien ärztlicher Befunde