

# Änderungen nach § 69 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch – (SGB IX)

## Schwerbehindertenrecht

Az.: \_\_\_\_\_

An das Versorgungsamt

Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnden Arzt/Ärzte mit.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Versorgungsamt

## Änderungsantrag

Ich beantrage:

die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen / neu aufgetretener Gesundheitsstörungen

die Feststellung weitere gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen **und zwar:**

- Merkzeichen „G“ (Nachteilsausgleich im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)
- Merkzeichen „Gl“ (Nachteilsausgleich im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit)
- Merkzeichen „B“ (Freifahrt für eine Begleitperson wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)
- Merkzeichen „aG“ (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittsgelähmte)
- Merkzeichen „H“ (Nachteilsausgleich wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
- Merkzeichen „RF“ (Rundfunkgebührenbefreiung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
- Merkzeichen „Bl“ (Blindheit)
- Merkzeichen „1. Kl.“ (nur für Kriegsbeschädigte und BEG-Entschädigungsberechtigte)

### I. Angaben zur Person


- Bitte in Blockschrift ausfüllen -

<p style="text-align: center;"><small>Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt</small></p> <p><b>1. Name</b> _____</p> <p><b>Vorname</b> _____</p> <p><b>Geburtsdatum</b> _____</p> <p>tagsüber tel. zu erreichen unter _____</p>	<p><b>2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt</b> (sofern geändert)</p> <p><b>Straße, Hausnummer:</b> _____</p> <p><b>Postleitzahl, Ort:</b> _____</p>
<p><b>3. Sind Sie erwerbstätig?</b> ja <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>4. Aufenthaltsbescheinigung</b></p> <p><b>Ausländische Antragsteller:</b> Bitte Pass (Kopie) vorlegen</p> <p>Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Versorgungsamt nicht eine weiterhin gültige unbefristete Aufenthaltsgenehmigung bzw. Aufenthaltserlaubnis - EG vorliegt.</p> <p><b>Grenzarbeitnehmer:</b></p> <p>Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und einen Nachweis über Ihren rechtmäßigen Aufenthalt bei.</p>	<p>Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.</p> <p>Aufenthaltserlaubnis - EG/Aufenthaltsgenehmigung/-gestattung</p> <p><input type="checkbox"/> erteilt am _____ gültig bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> nicht erforderlich gemäß _____</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> nur Duldung erteilt am _____ gültig bis _____</p> <p>Ausländerbehörde Im Auftrag</p> <p>_____ Datum, Stempel, Unterschrift</p>

## 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 haben sich <b>verschlimmert</b> oder sind seit der letzten Entscheidung <b>neu aufgetreten</b> ?	<b>Ursache:</b> z.B. angeborene Gesundheitsstörung, <b>Arbeits-</b> , Verkehrs-, häuslicher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
2. Soll Ihr Antrag <b>alle Gesundheitsstörungen</b> , 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 Behinderungen einbezogen werden können.	

## III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

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

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

#### IV. Angaben zu früheren Feststellungen

<p>Wurde bereits eine Entscheidung getroffen</p> <p>1. von einem <b>Versorgungsamt</b> oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührenamt) 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)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen</p> <p>2. von einer <b>Berufgenossenschaft</b> über das Vorliegen von Unfallfolgen und der darauf beruhenden MdE oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheid oder Unterlagen beifügen)</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    ggf Unfalltag: _____ und Arbeitgeber: _____</p>		
Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs
<p>3. Erhalten Sie <b>Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</b> aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____</p> <p>Anschrift und Versicherungsnummer des Sozialversicherungsträgers:</p>		

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. Allgemeiner Hinweis

**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 Kranken-, 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
-