

Antrag

nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) zur Durchführung des Feststellungsverfahrens und auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

	Eingangsstempel
	Geschäftszeichen

Hinweise:
 Ihre Angaben werden auf der Grundlage der §§ 67a ff SGB X zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Ihre Mithilfe, die in § 21 Abs. 2 SGB X vorgesehen ist, erleichtert eine rasche Entscheidung über Ihren Antrag. Eine Verweigerung der erbetenen Auskünfte kann zur Folge haben, dass der Sachverhalt nicht aufgeklärt und über Ihren Antrag nur nach Lage des Akteninhalts entschieden werden kann.

Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde) in Ihren Händen befinden, fügen Sie diese bitte diesem Antrag bei! Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen. Sofern Ihnen keine Unterlagen vorliegen, werden von der Versorgungsverwaltung mit Ihrer Einwilligung ärztliche Unterlagen von den von Ihnen angegebenen Ärzten und/oder Einrichtungen beigezogen und versorgungsmäßig ausgewertet. Die Angaben zu Ihrer Telefonnummer sind freiwillig. Machen Sie dazu keine Angaben, entsteht für Sie kein rechtlicher Nachteil. Der Datenschutz ist gewährleistet.

Bitte vergessen Sie nicht sowohl den Antrag als auch die Einverständniserklärung zu unterschreiben.

1. Angaben zur Person

Nachname		Titel (z.B. „Dr.“)			Geburtsname	
Vorname		Zusatz (z.B. „von“)			Geburtsnamenzus.	
Adresse (Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt)	PLZ		Ort	Zusatzangabe (z.B. „Pflegeheim“)		
	Straße			Hausnr.		
Geburtsdatum			Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit	Telefon (tagsüber)

Sind Sie erwerbstätig? ja nein

Gesetzlicher Vertreter Betreuer Bevollmächtigter (Bitte Bestallungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen!)

Nachname		Titel (z.B. „Dr.“)			Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Vorname		Zusatz (z.B. „von“)			Telefon (tagsüber)	
Adresse (Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt)	PLZ		Ort	Zusatzangabe		
	Straße			Hausnr.		

Hinweise für:

Grenzarbeitnehmer: Bitte fügen Sie die Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und ggf. die Arbeitserlaubnis bei.

Ausländer: Bitte kreuzen Sie nachfolgend an, welche Berechtigung zum Aufenthalt in Deutschland bei Ihnen vorliegt. Fügen Sie den entsprechenden Nachweis bei.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassungserlaubnis | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung |
| <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis | <input type="checkbox"/> Duldung |
| <input type="checkbox"/> Visum | <input type="checkbox"/> |

Ich habe bereits einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt: ja nein

Wenn ja, bei welchem Versorgungsamt:		GZ	
--------------------------------------	--	----	--

2. Angaben zu Beeinträchtigungen

2.1	Die nachfolgenden Beeinträchtigungen werden von mir geltend gemacht:		
Lfd. Nr.	Art der Beeinträchtigung	Ursachenschlüssel	Bitte zu jeder Beeinträchtigung die jeweils zutreffende Ursachenschlüsselzahl eintragen
1.			01 angeborene Behinderung 02 Arbeitsunfall 04 Verkehrsunfall 05 häuslicher Unfall 06 sonstiger Unfall 07 Kriegs-, Wehrdienst- od. Zivildienstbeschädigung 09 Allg. Krankheit 10 sonstige od. mehrere Ursachen
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

2.2	Nicht zu berücksichtigende Beeinträchtigungen:
------------	--

2.3	Infolge meiner geltend gemachten Beeinträchtigungen begehre ich den/die Nachteilsausgleich/e mit den entsprechenden Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis: (Siehe hierzu Erläuterungen auf der letzten Seite des Antragsformulars)	
	Merkzeichen B <input type="checkbox"/> Merkzeichen G <input type="checkbox"/> Merkzeichen aG <input type="checkbox"/> Merkzeichen Bl <input type="checkbox"/> Merkzeichen H <input type="checkbox"/>	Merkzeichen RF <input type="checkbox"/> wesentlich sehbehindert <input type="checkbox"/> gehindert, mich trotz Hörhilfe ausreichend zu verständigen <input type="checkbox"/> ständig gehindert, an öffentl. Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen Merkzeichen 1. Kl. <input type="checkbox"/> Merkzeichen Gl <input type="checkbox"/>

2.4	Hat ein Versorgungsamt, Landesamt, Wehrbereichsgebührensamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung (GdB/MdE) getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (ggf. Kopie des aktuellen Bescheides beifügen) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	falls ja, für folgende Beeinträchtigungen (lfd. Nr.)	Höhe des/ der festgestellten GdB / MdE	Name und Anschrift der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung ggf. Tag des Unfalls

3. Angaben zu ärztlichen Behandlungen von Beeinträchtigungen nach Ziffer 2.1 usw. (in den letzten 5 Jahren)

3.1	Hausarzt	
	Name	
	Anschrift	

3.2 Ärztliche Behandlungen insbesondere der letzten 5 Jahre				
von - bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes	Fachgebiet	Wegen d. Beeinträchtigung (Ifd. Nr.)	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.3 Krankenhausbehandlungen insbesondere der letzten 5 Jahre				
von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	Ableitung / Station	Wegen d. Beeinträchtigung (Ifd. Nr.)	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.4 Kuren / Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere der letzten 5 Jahre				
von - bis	Name und Anschrift		Wegen d. Beeinträchtigung (Ifd. Nr.)	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
	der Kur-einrichtung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	des Kosten-trägers			
	der Kur-einrichtung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	des Kosten-trägers			

3.5 Krankenkasse	
Name	
Anschrift	

3.6 Erhalten Sie eine Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig? (ggf. Bescheid in Kopie beifügen)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name und Anschrift des Versicherungsträgers	Aktenzeichen

3.7 Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit(z. B. Pflegegeld) oder haben Sie bei der Pflegekasse einen entsprechenden Antrag gestellt? (ggf. Bescheid in Kopie beifügen)	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Name und Anschrift der Pflegekasse / -versicherung	Aktenzeichen

Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum:

Unterschrift:

4. Erklärung und Information zum Antrag auf Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

1. Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Landesamtes für Soziales und Versorgung darauf ausgerichtet ist, zu meinen Gunsten alle in Betracht kommenden Gesundheitsstörungen und Funktionsbeeinträchtigungen sowie weiteren gesundheitlichen Merkmale festzustellen. Zu diesem Zweck holt es alle notwendigen medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie Auskünfte bei Ärzten und anderen Stellen ein, die ich im Antrag angegeben habe. Das schließt die Unterlagen und Auskünfte ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

In Kenntnis dessen **willige ich ein**, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung von den von mir im Antrag bzw. im weiteren Verfahren angegebenen oder aus den überlassenden Unterlagen ersichtlichen **Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen alle medizinischen Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang anfordert**, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Gesundheitsstörungen geben können.

Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte zu und entbinde die beteiligten Ärzte und sonstigen beteiligten Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig ist und jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Sie gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie erstreckt sich auch auf psychische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen. Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen dieser Einwilligung unten vermerkt.

Ärztliche Untersuchungen, die während dieses Verwaltungsverfahrens stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt für Soziales und Versorgung **umgehend mitteilen**. Sofern ich mit der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen einverstanden bin, werde ich dies bei der Mitteilung erklären und insoweit auch die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

2. Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Das Landesamt für Soziales und Versorgung möchte Sie darüber informieren, dass es **medizinische Daten**, die ihm bereits vorliegen oder die es gemäß Ziffer 1 mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit **weitergeben darf**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf es diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X).

Sie können einer solchen Weitergabe jederzeit **ohne Angabe von Gründen widersprechen**. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind.

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Ziffer 1) ist die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers – nicht die des ggf. Bevollmächtigten – erforderlich.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Anlagen:

