

1 Adressat

	Aktenzeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

- Erstantrag  
 Änderungsantrag

nach § 69 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)  
 - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -  
 - Schwerbehindertenrecht -  
 zur Feststellung einer Behinderung, eines - höheren - Grades der Behinderung (GdB),  
 - weiterer - gesundheitlicher Merkmale sowie Ausstellung eines - neuen - Ausweises

Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?

Nein

Ja, bei \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**WICHTIGE HINWEISE**

Um sachgerecht über diesen Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig aus.  
 Beachten Sie den Antrag auf der 5. Seite zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde - keine Röntgenbilder -) in Ihren Händen befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.  
 Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Die Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b Absatz 1 SGB X.  
 Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

2 Angaben zur Person

Name	Vorname	
Geburtsname	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
	Staatsangehörigkeit	
geboren am	Geburtsort	
Straße, Hausnummer		
PLZ	Wohnort	
Tagsüber erreichbar unter der Telefon Nr. (Angabe freiwillig)	Sind Sie erwerbstätig? (siehe Erläuterungen S. 7) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bei Minderjährigen unter 15 Jahre und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben, ggf. bitte -eine- Kopie der Bestallungsurkunde oder des Betreuungsausweises beifügen.	Name	Vorname
	Straße, Hausnummer	
	PLZ	Wohnort
	Tagsüber erreichbar unter der Telefon Nr. (Angabe freiwillig)	

100

3 Für ausländische Antragsteller/innen

<p>Sind Sie</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ausländische/r Mitbürger/in oder staatenlos? Bitte legen Sie eine Bescheinigung der zuständigen Ausländerbehörde oder eine beglaubigte Kopie Ihres Passes vor, um Ihren rechtmäßigen Aufenthalt nachzuweisen. Bei Kindern unter 16 Jahren benötigen wir die benannten Unterlagen eines Erziehungsberechtigten.</li><li>- Grenzarbeitnehmer/in und wohnen im Ausland? Bitte fügen Sie die Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers bei.</li></ul>
--

4 Angaben zu einer anderweitigen Feststellung

4.1	<p>Haben Sie bereits einen Antrag gestellt oder eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) erhalten bei/von</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 einer Berufsgenossenschaft wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</li><li>2 einem Versorgungsamt oder einem Landschaftsverband (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</li><li>3 einer anderen Dienststelle (z.B. Landesamt, Wehrbereichsgebührenamt)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</li></ol> <p>Wenn Sie eine dieser Fragen mit "Ja" beantwortet haben, legen Sie bitte den entsprechenden Bescheid in:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kopie bei oder teilen Sie mit, von welcher Stelle _____</li><li>- und unter welchem Geschäfts-/Aktenzeichen _____</li><li>- gegebenenfalls Tag des Unfalls/der Schädigung etc. _____</li></ul> <p>diese Entscheidung getroffen wurde bzw. der Antrag bearbeitet wird, damit die Unterlagen angefordert werden können.</p>
4.	<p>Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter (Funktions-)Beeinträchtigungen geltend machen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja - Bitte weiter mit Punkt 5 ff - <input type="checkbox"/> Nein - Bitte weiter mit Punkt 5.10 ff -</p>

5 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

5.1	<p>Für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen nachfolgend angegebenen Ärztinnen / Ärzten geben Sie bitte den Namen und die Anschrift Ihrer Krankenkasse an:</p>
5.2	<p>Führen Sie bitte hier die Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Wirbelsäulenleiden, Bluthochdruck) auf, die - neu - als Beeinträchtigungen festgestellt werden sollen oder sich geändert / verschlimmert haben.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

6 Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu Punkt 5 (in den letzten 2 Jahren)

6.1	Hausarzt		
	Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
6.	Weitere Ärzte Hinweis: Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, ob dort Befunde sämtlicher von Ihnen nachstehend angegebener Fachärzte - außer Augen- und HNO-Ärzte und Krankenhäuser/Kurkliniken - vorliegen und bitten Sie ihn gegebenenfalls, diese Unterlagen auf Anfrage für die Beantragung Ihres Ausweises zur Verfügung zu stellen.		
	Facharzt		
	Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Facharzt		
	Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Facharzt		
	Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

7 Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu Punkt 5 (in den letzten 2 Jahren)

	Name des Krankenhauses	Abteilung / Station	
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
	Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/>	Stationär <input type="checkbox"/>
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Name des Krankenhauses	Abteilung / Station	
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
	Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/>	Stationär <input type="checkbox"/>
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
	Name des Krankenhauses	Abteilung / Station	
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
	Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/>	Stationär <input type="checkbox"/>
	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

8 Angaben zu Ihren Rehabilitationsverfahren / Kuren zu Punkt 5 (in letzten 2 Jahren)

Name der Klinik	Behandlung von _____ bis _____	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Name des Kostenträgers	Straße, Hausnummer	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

9 Sonstige Angaben zu Ihren unter Punkt 5 geltend gemachten Gesundheitsstörungen

9.1	Erhalten Sie eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung (gegebenenfalls ab wann) oder haben Sie dort einen Antrag gestellt (ggf. wann) Sind lfd. Untersuchungen beim Sozialversicherungsträger oder sind Klagen anhängig?  <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar ab / am _____ (Monat / Jahr)
9.2	Name des Sozialversicherungsträgers <span style="float: right;">Rentenversicherungsnummer</span>
9.3	Erhalten Sie Blindengeld oder Hilfe für Gehörlose v. Landes- oder Wohlfahrtsverbänden oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar ab / am _____ (Monat / Jahr)
9.4	Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit von Ihrer Pflegekasse / Krankenkasse oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar ab / am _____ (Monat / Jahr)
9.5	Ist ein Gutachten des Medizinischen Dienstes Ihrer Krankenkasse oder ein sonstiges medizinisches Gutachten erstellt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar ab / am _____ (Monat / Jahr)
9.6	Anschrift des Leistungsträgers zu 9.3 bis 9.5 (Landschaftsverband/Pflegekasse/Krankenkasse) <span style="float: right;">Aktenzeichen</span>

10 Angaben zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und Ausstellung eines Ausweises

10.1	Es soll festgestellt werden, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen vorliegen: (Bitte beachten Sie die Erläuterung unter 10.1 auf der Seite 8 und kreuzen Sie ggf. an)
	<input type="checkbox"/> - G - <input type="checkbox"/> - aG - <input type="checkbox"/> - B - <input type="checkbox"/> -RF - <input type="checkbox"/> - H <input type="checkbox"/> -1.Kl. <input type="checkbox"/> - BI - <input type="checkbox"/> - GI -
10.2	<input type="checkbox"/> Ich benötige keinen Ausweis
10.3	Falls ein Ausweis ausgestellt wird, ist dieser ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein besonderes Interesse glaubhaft machen, kann auch ein früherer Gültigkeitszeitpunkt eingetragen werden.  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ich beantrage eine Rückwirkung ab: _____ wegen <span style="margin-left: 100px;">Steuer</span> <span style="margin-left: 100px;">Rente</span> oder wegen _____

11 Erklärungen

11.1	Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.
11.2	<p>Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell anschließenden Vorverfahren von der ausstellenden Behörde, den genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden Auskünfte einholt und Unterlagen bezieht in dem Umfang, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. Mein Einverständnis gilt auch für Unterlagen, die diese Ärztinnen / Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen / Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Ja                      <input type="checkbox"/> Nein         </p> <p>Falls ich diese Einverständniserklärung widerrufen oder einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben</p>
11.3	<p>Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der ausstellenden Behörde mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung,</li> <li>- anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie</li> <li>- den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit</li> </ul> <p>übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr.1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.</p> <p>Dem Antrag füge ich bei:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Lichtbild aus neuester Zeit (45 x 35 mm im Hochformat ohne Rand, mit Ihrem Namen auf der Rückseite) - Lichtbild nur erforderlich ab Vollendung des 10. Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises.</p> <p><input type="checkbox"/> Ergänzungsbögen zum Antrag _____</p> <p><input type="checkbox"/> Beim Ausfüllen dieses Antrages hat mir geholfen und steht hierzu für telefonische Rückfragen zur Verfügung (Angabe freiwillig)</p> <p style="text-align: center;">             Herr / Frau _____                      Telefon - Nr. _____         </p>
	<p style="text-align: center;">             Ort _____                      Datum _____         </p> <p>Unterschrift _____          der Antragstellerin/des Antragstellers und/oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers.</p>