

1 An die für das Feststellungsverfahren nach Schwerbehindertenrecht zuständige Stelle			
Kreis/kreisfreie Stadt		Eingangsstempel	
Geschäfts-/Aktenzeichen			
<i>Zutreffendes bitte ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/> oder ausfüllen bzw. streichen</i>			
<input type="checkbox"/> Erstantrag nach § 152 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - <input type="checkbox"/> Änderungsantrag - Schwerbehindertenrecht - <input type="checkbox"/> zur Feststellung eines - höheren - Grades der Behinderung (GdB), <input type="checkbox"/> zur Feststellung - weiterer - gesundheitlicher Merkmale (siehe Seite 5, Ziffer 10.1) <input type="checkbox"/> sowie zur Ausstellung eines - neuen - Ausweises* <small>* Für die bloße Verlängerung der Gültigkeitsdauer eines Ausweises ist dieser Antrag <u>nicht</u> erforderlich.</small>			
Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?			
<input type="checkbox"/> Ja	bei folgender Stelle	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen	<input type="checkbox"/> Nein
2 Angaben zur Person, zu gesetzlichen Vertretern, Betreuern und Bevollmächtigten			
Name der antragstellenden Person	Vorname	Geburtsname	
geboren am	Geburtsort	Geburtsstaat	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Staatsangehörigkeit (siehe Seite 6)	Für Staatsangehörige eines Nicht-EU-Mitgliedsstaates: Bitte Kopie des Aufenthaltstitels beifügen.	
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Bei Wohnsitz im Ausland und Arbeitsplatz in Deutschland: Bitte Bescheinigung des jetzigen Arbeitgebers beifügen.	
Telefonnummer (Angabe freiwillig)	Sind Sie erwerbstätig? (siehe Seite 6)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig) der <u>antragstellenden</u> Person (siehe Seite 6)			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<small>Die Angabe der eigenen persönlichen Steuer-ID ist zwingend erforderlich, um zukünftig einen Behindertenpauschbetrag bei der steuerlichen Veranlagung geltend machen zu können. Dies gilt auch für Minderjährige.</small>			
minderjährige Antragstellende unter 15 Jahren			
Name des 1. Elternteils	Vorname des 1. Elternteils	Sorgerecht?	<input type="checkbox"/> Ja
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer (Angabe freiwillig)	
Name des 2. Elternteils	Vorname des 2. Elternteils	Sorgerecht?	<input type="checkbox"/> Ja
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	Telefonnummer (Angabe freiwillig)	
andere gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigung (Bitte Vollmacht bzw. Kopie der Bestellungsurkunde oder des Betreuungsausweises beifügen)			
Name	Vorname	Telefonnummer (Angabe freiwillig)	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	

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 - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - aus. Beachten Sie hierbei bitte auch die Erläuterungen ab der 6. Seite dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht, die **Erklärungen unter Ziffer 11** auf der 5. Seite des Antrages

zu unterschreiben .

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflege- und Betreuungsgutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde -keine Röntgenbilder-) in Ihrem Besitz 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). Soweit Sie vom Angebot der Datenbeschaffung durch die zuständige Stelle Gebrauch machen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende dieses Antragsvordrucks. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b 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.

3	Angaben zu einer anderweitigen Feststellung		
3.1	Haben Sie bereits eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) erhalten von oder einen Antrag auf Feststellung gestellt bei einer Berufsgenossenschaft (z.B. wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein einem Versorgungsamt, einem Landschaftsverband oder einer Behörde der Bundeswehrverwaltung (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein einer anderen Dienststelle (z.B. Landesamt, Wehrbereichsgebührenamt)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, legen Sie bitte den Bescheid in Kopie bei oder teilen Sie die zuständige Stelle mit, damit von dort die Unterlagen angefordert werden können.		
	zuständige Stelle	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
	dortiges Geschäfts-/Aktenzeichen	ggf. Datum des Bescheides	ggf. Tag der Schädigung/des Unfalls
3.2	Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung (Ziffer 3.1) hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter Beeinträchtigungen geltend machen? <input type="checkbox"/> Ja - Bitte weiter mit Nr. 4 ff - <input type="checkbox"/> Nein - Bitte weiter mit Nr. 10 ff -		
4	Angaben zu Ihrer Krankenkasse <i>Diese Angaben sind für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen nachfolgend angegebenen Ärzten erforderlich.</i>		
	Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

5	Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen <small>Lesen Sie bitte hierzu vorher die Erläuterungen zu 5 auf Seite 6.</small>	
Führen Sie bitte hier die Gesundheitsstörungen (z.B. Wirbelsäulenleiden, Bluthochdruck) auf, die – neu – als Beeinträchtigungen festgestellt werden sollen oder sich verschlimmert haben. Es reicht nicht aus, auf beim Arzt anzufordernde Unterlagen zu verweisen.		
Gesundheitsstörungen		Ursache (Ziffer)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
Mögliche Ursachen	01 angeboren 02 Arbeitsunfall (einschl. Wegeunfall) / Berufskrankheit 03 Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall 04 häuslicher Unfall	06 sonstiger Unfall 07 Kriegs-, Wehr-, Zivildienstbeschädigung; Gewalttat i.S.d. OEG 09 sonstige Krankheit (auch Impfschaden ohne Berufskrankheit) 10 sonstige Ursache oder mehrere Ursachen
6	Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)	
6.1	Hausarzt	
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Wenn Unterlagen eines Facharztes/einer Klinik bei Ihrem Hausarzt vorliegen, kreuzen Sie bitte unten jeweils „Ja“ an.
6.2	Fachärzte	
HINWEIS		
Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, von welchen nachstehenden Fachärzten aktuelle Berichte (nicht älter als 2 Jahre) vorliegen und bitten Sie Ihren Hausarzt darum, diese Unterlagen auf Anfrage der zuständigen Stelle mit einzusenden. Berichte von Augen- und HNO-Ärzten werden der zuständigen Stelle gesondert angefordert.		
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat/Jahr)	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Für weitere Fachärzte bitte gesondertes Blatt beifügen.		

7	Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)		
	Name der Klinik		Fachgebiet
	Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Name der Klinik		Fachgebiet
	Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8	Angaben zu Rehabilitationsverfahren/Kuren zu 5 (in den letzten 2 Jahren)		
	Name der Klinik		Fachgebiet
	Abteilung / Station	Behandlung (von - bis)	<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Unterlagen beim Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Name des Kostenträgers		Mitglieds-/Versicherungs-Nr.
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	dortiges Geschäfts-/AktENZEICHEN
9	Sonstige Angaben zu Ihren unter 5 aufgeführten Gesundheitsstörungen		
	Pflegekasse		Ich erhalte Leistungen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
	dortiges Geschäfts-/AktENZEICHEN	Pflegegrad	Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
	Landschaftsverband (Blindengeld, Hilfe für Gehörlose)		Ich erhalte Leistungen. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
	dortiges Geschäfts-/AktENZEICHEN		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
	Gericht (u.a. Betreuungsgutachten)		Ein Gutachten liegt vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
	dortiges Geschäfts-/AktENZEICHEN		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
	Agentur für Arbeit		Ein Gutachten liegt vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	dortiges Geschäfts-/AktENZEICHEN		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
	Gesundheitsamt		Ein Gutachten liegt vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	dortiges Geschäfts-/AktENZEICHEN		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
	Rentenversicherungsträger		Ein Gutachten liegt vor. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt
	dortiges Geschäfts-/AktENZEICHEN		Datum Gutachten/ärztliche Untersuchung
Sofern Ihnen die hier angegebenen Gutachten selbst vorliegen, fügen Sie diese bitte in Kopie Ihrem Antrag bei. Hierdurch kann das Verfahren beschleunigt werden.			