

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen/Erklärungen

1. Soll Ihr Antrag nach dem SGB IX alle bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bei „ Nein “ geben Sie bitte unter Nr. 2 nur die Gesundheitsstörungen an, die berücksichtigt werden sollen. Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die <u>nicht</u> zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderung einbezogen werden können.	
2. Welche der bei Ihnen vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen sollen nach dem SGB IX berücksichtigt werden ?	Ursache: z.B. angeborene Gesundheitsstörung, Arbeits-, Verkehrs-, häuslicher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Impfschaden, sonstige Ursachen.
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

Hinweis
 Sie können selbst zur Verfahrensbeschleunigung beitragen, wenn Sie vorhandene aktuelle Arztberichte und Untersuchungsunterlagen wie z.B. Facharztbriefe und Krankenhausberichte beifügen.

3. Sofern und soweit die beigefügten Unterlagen nicht ausreichend sind, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verwaltungsverfahren und einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von folgenden			
Ärzten (auch Betriebsärzten)	wegen der Gesundheitsstörung(en)	Behandlungszeiträume in den letzten 2 Jahren von – bis	Überweisung durch Hausarzt
(Name)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(Straße)			
(PLZ), (Ort)			
(Name)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(Straße)			
(PLZ), (Ort)			
(Name)			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(Straße)			
(PLZ), (Ort)			

Hausarzt ist: _____
 (Straße) _____
 (PLZ), (Ort) _____

Krankenhäusern (Name und Anschrift des Krankenhauses, Abteilung, Station)	wegen der Gesundheitsstörung(en)	Behandlungszeiträume in den letzten 2 Jahren <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant von - bis
Kuranstalten/Heilstätten (Name und Anschrift der Einrichtung und des Kostenträgers , z.B. Krankenkasse, LVA oder BfA und Versicherungsnummer)	wegen der Gesundheitsstörung(en)	Behandlungszeiträume in den letzten 2 Jahren von - bis
Befundberichte, Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder bezieht, auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind. Ich entbinde die beteiligten Ärzte insoweit ausdrücklich von der Schweigepflicht.		

4. Wurde vom Versorgungsamt oder von einer anderen Verwaltungsbehörde, einer Berufsgenossenschaft oder einem Gericht bereits eine Feststellung über den Grad der MdE bzw. der Behinderung getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen)

Nein Ja Entscheidung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verwaltungsverfahren und einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren bei folgender Behörde

Gesundheitsstörung(en)	Verwaltungsbehörde oder Gericht	Geschäftszeichen

Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen bezieht, **auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.** Die beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ebenfalls ausdrücklich von der Schweigepflicht.

5. Erhalten Sie Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?

Nein Ja

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt von folgender Stelle

Anschrift des Sozialversicherungsträgers	Versicherungsnummer
Begutachtende Stelle	Tag der Begutachtung

Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen bezieht, **auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.** Die beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ebenfalls ausdrücklich von der Schweigepflicht.

6. Erhalten Sie Pflegegeld oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verwaltungsverfahren und einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren bei folgender Stelle	
Anschrift des Leistungsträgers (z.B. Pflegekasse/Krankenkasse)	Geschäftszeichen
Aktenvorgänge einschließlich Untersuchungsunterlagen und MDK-Gutachten bezieht, auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind. Die beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit ebenfalls ausdrücklich von der Schweigepflicht	
7. Der Schwerbehindertenausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit <input type="checkbox"/> ab Antragstellung <input type="checkbox"/> ab _____ *) *) Ein besonderes Interesse an der Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil _____ (Hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben) <input type="checkbox"/> Ich benötige keinen Schwerbehindertenausweis.	

Hinweis:

Wenn Sie diesem Antrag bereits ein Lichtbild (in der Größe eines Passbildes) beifügen, wird Ihnen bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung von 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.).

8. <input type="checkbox"/> Einen gleichartigen Antrag bei einem anderen Versorgungsamt habe ich nicht gestellt; ich besitze auch keinen gültigen Schwerbehindertenausweis.	<input type="checkbox"/> dortigen Versorgungsamt gestellt; Aktenzeichen:
<input type="checkbox"/> Einen gleichartigen Antrag habe ich beim	<input type="checkbox"/> Versorgungsamt _____ gestellt; Aktenzeichen _____

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers, Bevollmächtigten
bzw. des Vertreters)

Als Anlagen füge ich bei:

Hinweise

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 I (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.