

Bitte für amtliche Zwecke freihalten

An das
Versorgungsamt Heilbronn

74064 Heilbronn

Eingangsdatum

SGB IX

Az.: _____

Neufeststellung nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

- Antrag auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen und/oder wegen neu aufgetretener Gesundheitsstörungen
- Antrag auf Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen
- Antrag auf Verlängerung des bisherigen – Ausstellung eines neuen – Ausweises

I. Angaben zur Person

- Bitte mit PC oder in Blockschrift ausfüllen -

1.	Name	ggf. Geburtsname
	Vorname	
	Geburtsdatum	
	Tel. tagsüber zu erreichen unter	

2.	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt	Erwerbstätig: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Straße, Hausnummer	
	Postleitzahl, Ort	
	<input type="checkbox"/> Anschrift wie bisher <input type="checkbox"/> neue Anschrift	

Bei Minderjährigen bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters angeben; bei betreuten Volljährigen Name und Anschrift des Betreuers angeben und Bestallungsurkunde/Betreuerausweis (oder Abschrift) beifügen

Aufenthaltsbescheinigung

Sind Sie ausländischer Mitbürger(in), dann fügen Sie bitte eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung bitte durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Versorgungsamt nicht eine weiterhin gültige unbefristete Aufenthaltsgenehmigung vorliegt.

Als **Grenzarbeiterin oder Grenzarbeiter**:
Fügen Sie bitte eine Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und einen Nachweis über Ihren rechtmäßigen Aufenthalt bei.

Der/die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf:

- Aufenthaltserlaubnis, -berechtigung, -bewilligung, -befugnis, -gestattung erteilt am _____
Gültig bis _____
- nicht erforderlich gem. _____
- oder
- nur Duldung erteilt am _____
gültig bis _____

Ausländerbehörde i.A.

(Datum, Stempel, Unterschrift)

II. Angaben über die Gesundheitsstörungen/Erklärungen

<p>1. Sollen nach dem SGB IX alle bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen berücksichtigt werden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Bei „Nein“ geben Sie bitte unter Nr. 3 die Gesundheitsstörungen an, die neben den bisher zugrundegelegten 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.</p>	
<p>2. Welche der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen haben sich verschlimmert?</p>	
<p>3. Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung neu aufgetreten ?</p>	<p>Ursache: z.B. angeborene Gesundheitsstörung, Arbeits-, Verkehrs-, häuslicher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Impfschaden, sonstige Ursachen.</p>
a)	
b)	
c)	
d)	
<p>4. Folgende Merkzeichen beantrage ich festzustellen:</p> <p><input type="checkbox"/> Merkzeichen „G“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der KfZ-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)</p> <p><input type="checkbox"/> Merkzeichen „Gl“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der KfZ-Steuer wegen Gehörlosigkeit)</p> <p><input type="checkbox"/> Merkzeichen „B“ (Freifahrt für eine Begleitperson wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)</p> <p><input type="checkbox"/> Merkzeichen „aG“ (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittsgelähmte, Doppelbeinamputierte)</p> <p><input type="checkbox"/> Merkzeichen „H“ (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)</p> <p><input type="checkbox"/> Merkzeichen „RF“ (Rundfunkgebührenbefreiung und Telefongebührenermäßigung)</p> <p><input type="checkbox"/> Merkzeichen „Bl“ (Blindheit)</p> <p><input type="checkbox"/> Merkzeichen „1. Kl.“ (nur für Kriegsbeschädigte und BEG-Entschädigungsberechtigte)</p>	

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

<p>5. Sofern 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</p>			
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)			

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)			
Hausarzt ist:			
(Name)			
(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.		

6. 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.

7. Erhalten Sie Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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.	
8. 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	

Bitte geben Sie unter Nr. 5 – 8 **unbedingt genau und vollständig** an, welche Ärzte und/oder med./ärztl. Einrichtungen sowie ggf. andere Stellen wegen welcher Gesundheitsstörungen vom Versorgungsamt angeschrieben werden dürfen (Erfordernis im Interesse des Datenschutzes!). Unvollständige Angaben erfordern Rückfragen und verzögern die Bearbeitung.

_____, 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.