

# Änderungen nach § 69 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) Schwerbehindertenrecht



Vervielfältigung, Nachahmung und Veröffentlichung  
und elektronische Speicherung nur mit Genehmigung!

Form-Solutions  
Artikel-Nr. 610002  
E-Mail: info@form-solutions.de  
www.form-solutions.de



Eingangsstempel	
Aktenzeichen	

**- Bitte elektronisch oder in Blockschrift ausfüllen -**

Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnden Arzt/Ärzte mit.  
Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Versorgungsamt

Ich beantrage die

- Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen/neu aufgetretener Gesundheitsstörungen
- Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und zwar:
  - Merkzeichen "G" (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)
  - Merkzeichen "Gl" (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit)
  - Merkzeichen "B" (Freifahrt für eine Begleitperson wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)
  - Merkzeichen "aG" (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
  - Merkzeichen "H" (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
  - Merkzeichen "RF" (Rundfunkgebührenbefreiung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
  - Merkzeichen "Bl" (Blindheit)
  - Merkzeichen "1. Kl." (nur für Kriegsbeschädigte und BEG-Entschädigungsberechtigte)

### I. Angaben zur Person

1	Familienname	Vorname	Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)
	Telefon (tagsüber)	Fax (Angabe freiwillig)	E-Mail (Angabe freiwillig)

### Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (sofern geändert)

2	Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
---	--------	------------	-----	-----

3 Sind Sie erwerbstätig?  ja

4 Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger):

Grenzarbeitnehmer:

**Von der Ausländerbehörde auszufüllen**

Der/Die Antragsteller/in hält sich rechtmäßig in der BRD auf:

Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/  
Aufenthaltsgestattung

erteilt am	Datum (TT.MM.JJJJ)	ggf.: gültig bis	Datum (TT.MM.JJJJ)
------------	--------------------	------------------	--------------------

oder

nur Duldung erteilt am

	Datum (TT.MM.JJJJ)
gültig bis	Datum (TT.MM.JJJJ)

i.A.

Ort, Datum	Stempel, Unterschrift
------------	-----------------------

## II. Angaben über die Gesundheitsstörungen/Erklärungen

1. Welche der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen haben sich verschlimmert oder sind seit der letzten Entscheidung neu aufgetreten?		Ursache: z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, Arbeits-, Verkehrs-, häuslicher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①		
②		
③		
④		
⑤		
⑥		

2. Soll Ihr Antrag alle Gesundheitsstörungen, die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden - umfassen?  ja  nein

Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die nicht zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderung einbezogen werden können.

## III. Angaben zu behandelnden Ärzten/Fachärzten/Kliniken

		Wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)		Datum der letzten Behandlung	Bitte Spalte unbedingt ausfüllen! Überweisung durch den Hausarzt?
1. Hausarzt	Name	①	②		
	Straße	③	④		
	PLZ	⑤	⑥		
2. Fachärzte/ Fachrichtung	Name/Fachrichtung	①	②		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Straße	③	④		
	PLZ	⑤	⑥		
	Name/Fachrichtung	①	②		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Straße	③	④		
	PLZ	⑤	⑥		
	Name/Fachrichtung	①	②		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Straße	③	④		
	PLZ	⑤	⑥		
	Name/Fachrichtung	①	②		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Straße	③	④		
	PLZ	⑤	⑥		

		Wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (bitte ankreuzen)	Behandlungszeitraum	
<b>3. Krankenhausbehandlungen</b>	Name	①	②	
	Abteilung, Station			von (Datum) bis (Datum)
	Straße	③	④	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
	Hausnummer			
PLZ	⑤	⑥		
Ort				
	Name	①	②	
	Abteilung, Station			von (Datum) bis (Datum)
	Straße	③	④	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
	Hausnummer			
PLZ	⑤	⑥		
Ort				
<b>4. Reha-Einrichtungen/Kurkliniken</b>	Name	①	②	
	Straße			von (Datum) bis (Datum)
	PLZ	③	④	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
	Ort			
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, BfA, LVA)	⑤	⑥		
	Name	①	②	
	Straße			von (Datum) bis (Datum)
	PLZ	③	④	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant
	Ort			
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, BfA, LVA)	⑤	⑥		

#### IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen

1. von einem Versorgungsamt oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührensamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)?

ja     nein     Entscheidung noch nicht ergangen

2. von einer Berufsgenossenschaft über das Vorliegen von Unfallfolgen und der darauf beruhenden MdE oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen)

ja     nein     Entscheidung noch nicht ergangen

Datum (TT.MM.JJJJ)    Arbeitgeber

ggf. Unfalltag

Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde/Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs

3. Erhalten Sie Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?

ja     nein     Entscheidung noch nicht ergangen

Beginn der Leistung

Letzte Untersuchung

Anschrift und Versicherungsnummer des Sozialversicherungsträgers

**4. Erhalten Sie Pflegegeld oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?**

ja     nein     Entscheidung noch nicht ergangen

Pflegestufe	Beginn der Leistung	Letzte Untersuchung
-------------	---------------------	---------------------

Anschrift und Versicherungsnummer des Leistungsträgers

**5. Bei behinderten Kindern (von den Eltern auszufüllen)**

Besucht Ihr Kind eine - ggf. welche - Behinderteneinrichtung/-schule?  ja     nein

Name der Einrichtung

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

**6. Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen angefordert werden (z.B.: Blindenhilfe)?**

Bezeichnung und Anschrift

**V. Allgemeiner Hinweis**

**VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Versorgungsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch, SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers bzw. des Vertreters  
(Vollmacht/ Bestallungsurkunde/Betreuerausweis - bitte  
Kopie - vorlegen)

Anlagen

- 1 Lichtbild aus neuester Zeit  
 Kopien ärztlicher Befunde