


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 sollen nach dem Schwerbehindertenrecht berücksichtigt werden?	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 <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Wir empfehlen Ihnen, Ihre(n) behandelnde(n) Ärztin/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 medizinischen Behandlungen

1. Hausärztin / Hausarzt	wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)		
Name: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte unbedingt ausfüllen 
2. Fachärztinnen / Fachärzte	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Krankenhausbehandlungen		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)	
Name: Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name: Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Reha-Maßnahmen		wegen der unter II. angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)	
Name der Reha-Einrichtung / Fachrichtung: Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name der Reha-Einrichtung / Fachrichtung: Abteilung, Station: Straße: PLZ/Ort: Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen		
1. von einem Versorgungsamt / Landratsamt 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 den darauf beruhenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen		
2. von einer Berufsgenossenschaft über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen ggf. Unfalltag: _____ und Arbeitgeber:		
Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs
3. Erhalten Sie Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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 **Pflegegrad:** _____ **Beginn der Leistung:** _____

letzte Untersuchung: _____

Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse):

5. Bei behinderten Kindern (**von den Eltern auszufüllen**):
 Welche Kindertagesstätte/Schule o.ä. besucht ihr Kind derzeit?
Bezeichnung und Anschrift:

Welche Unterstützungsleistungen erhält es ggfs. (Alltagsbetreuung, Schulbegleitung, besondere Fördermaßnahmen)?

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

V. Schwerbehinderteneigenschaft / Schwerbehindertenausweis

1. Die Schwerbehinderteneigenschaft soll festgestellt werden für die Zeit

ab Antragstellung ab _____ . Ein besonderes Interesse an der Feststellung dieses Zeitpunktes besteht, weil (hier Gründe für die Rückwirkung der Feststellung angeben z.B.: Finanzamt):

2. Ich benötige keinen Schwerbehindertenausweis.

Wenn Sie diesem **Antrag** bereits ein **farbiges Passbild beifügen**, (Rückseite mit Namen beschriften) **wird Ihnen** bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) **der Ausweis direkt übersandt**, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.

VI. Erklärung zum Datenschutz, Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht und Erläuterungen zur Steuer-ID

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich **entbinde** Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer **Schweigepflicht** und **stimme** der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen **ausdrücklich zu**.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Landratsamt 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.

Die beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.

Die Angabe der Steuer-ID ist zwingend erforderlich, um den Behindertenpauschbetrag bei der steuerlichen Veranlagung geltend machen zu können. Dies gilt auch für Minderjährige.

Ort _____, den _____ Datum _____

- Dem Antrag füge ich bei:**
- 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit
 - Kopien ärztlicher Befunde
 -

Unterschrift Berechtigte(r)
 Bzw. des Vertreters / der Vertreterin
 (Vollmacht / Bestellsurkunde / Betreuerausweis
 - bitte Kopie vorlegen)