

An das

**Landesamt für Soziales, Jugend und
Versorgung**

56065 Koblenz

Geschäftszeichen

- Vorgang – nicht – vorhanden
- Daten erfasst am
mit – ohne – masch. Eing.-Best.
-

Änderungs-Antrag

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

- auf Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)
- auf Feststellung des / der Merkzeichen(s)
 - G (erheblich gehbehindert) B (Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Benutzung öffentl. Verkehrsmittel)
 - H (hilflos) aG (außergewöhnlich gehbehindert)
 - GL (gehörlos) RF (erhebl. hör- oder sehbehindert oder dauernd an die Wohnung gebunden)
 - Bl (blind) I, Kl (1. Wagenklasse bei Bahnreisen für Kriegsbeschädigte/NS-Verfolgte)

Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – **möglichst in Blockschrift!** Ihre Angaben sind für die Bearbeitung notwendig. Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben. Dies gilt für das Verfahren nach § 69 SGB IX entsprechend. Außerdem sollen Sie nach § 21 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken, insbesondere Ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben.

Soweit und solange es zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgabe aus § 69 SGB IX notwendig ist, werden Ihre Sozialdaten gespeichert. Rechtsgrundlage ist § 67 c SGB X.

Vergessen Sie bitte nicht, den Antrag zu unterschreiben!

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, EKG-, Labor- oder Röntgenbefunde) in Ihrem Besitz befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte mit dem Antrag ein! Dadurch können Sie das Verfahren beschleunigen!

Angaben zur Person

Familienname	Vorname
ggf. Geburtsname	Geburtsdatum

Postleitzahl	Wohnort	
Straße und Hausnummer		
Freiwillige Angaben	Telefon (tagsüber)	E-Mail-Adresse (falls vorhanden)
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des gesetzlichen Vertreters/Betreuers angeben. Im Falle einer Betreuung bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen!		

Bitte geben Sie hier Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung / Krankenkasse an:

Ich bin erwerbstätig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Mein Arbeitsplatz ist akut gefährdet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

Welche der bereits im letzten Bescheid festgestellten körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) Beeinträchtigung(en) haben sich verschlimmert?		Ursachenschlüssel
1.		
2.		
3.		
Welche körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) Beeinträchtigung(en) machen Sie erstmals geltend?		
4.		
5.		
6.		

Ursachenschlüssel			
01	angeborene Gesundheitsstörung	06	Sonstiger Unfall
02	Arbeitsunfall/Berufskrankheit (dem Unfallversicherungsträger gemeldet)	07	Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigung
04	Verkehrsunfall	09	sonstige Krankheit (auch Impfschaden)
05	häuslicher Unfall	10	sonstige Ursache

Soll Ihr Antrag alle bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn Nein: Welche Gesundheitsstörung(en) soll(en) nicht berücksichtigt werden?		

Angaben zu ärztlichen Behandlungen

Name und Anschrift der **Hausärztin/des Hausarztes**:

Bei welchen Ärzten/innen sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung

Von - bis	Name und Anschrift:	Fachgebiet	wegen Nr. (Seite 2)	Unterlagen beim Hausarzt? Ja / Nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Krankenhaus- und Rehabehandlung in den letzten 3 Jahren

von - bis	Name und Anschrift:	Abteilung / Station	wegen Nr. (Seite 2)	Unterlagen beim Hausarzt? Ja / Nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kostenträger der Rehabehandlung (Name und Anschrift)

Angaben zu anderweitigen Feststellungen / Begutachtungen

Wurde bereits eine **Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen / zu einzelnen Gesundheitsstörungen** und zum Grad der Behinderung (GdB) bzw. Grad der Schädigungsfolgen (GdS) oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen (z.B. von einem Amt für soziale Angelegenheiten / Versorgungsamt, einer anderen Verwaltungsbehörde, einem Sozialversicherungsträger – z.B. Berufsgenossenschaft –, einem Gericht) oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Ja Nein

Wenn Ja: Bitte geben Sie Name und Anschrift an! Bitte fügen Sie auch Ihnen vorliegende Gutachten und Bescheide (in Kopie) bei.

Erhalten Sie **Rente wegen Erwerbsminderung** aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger?

Ja Nein Ich erhalte Rente ab:

Bitte geben Sie hier **Name, Anschrift und Aktenzeichen des Rentenversicherungsträgers** an!

Haben Sie bei der **Pflegekasse / Pflegeversicherung** Pflegeleistungen beantragt?

Ja , am Nein Wenn Ja:

- der Antrag wurde abgelehnt.
 der Antrag wurde bewilligt. Ich bin in der Pflegestufe
 über den Antrag wurde noch nicht entschieden.
 Untersuchung fand statt / ist vorgesehen für

Bitte geben Sie **Name, Anschrift und Aktenzeichen der Kasse / Versicherung** an!

Bei welcher bisher noch nicht genannten Stelle (z.B. Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Sozialamt) befinden sich **weitere** die Gesundheitsstörung(en) betreffende **Unterlagen**?

Bitte geben Sie **Name, Anschrift und Aktenzeichen der Stelle** an!

Einverständniserklärung


Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Verwaltungsverfahren und einem sich evtl. anschließenden Vorverfahren notwendigen Auskünfte bei den von mir benannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie den sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, dass die dort geführten Unterlagen (z.B. Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe, etc.) im erforderlichen Umfang beigezogen werden.

Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.

Keine Auskünfte und Unterlagen dürfen eingeholt werden bei:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die in diesem Verwaltungsverfahren bekannt gewordenen Sozialdaten

- erfasst und gespeichert werden (§ 67 c SGB X) und
- für eigene gesetzliche soziale Aufgaben, aber auch an andere Stellen im Sinne des § 35 SGB I (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X übermittelt werden dürfen, **falls ich nicht ausdrücklich widerspreche.**

Ort	Datum	Unterschrift (Einverständniserklärung) (ggf. des gesetzl. Vertreters oder Betreuers) 
-----	-------	--

Ort	Datum	Unterschrift (Antrag) (ggf. des gesetzl. Vertreters oder Betreuers) 
-----	-------	---

Folgende Unterlagen füge ich bei: Passbild aktuelle ärztliche Unterlagen