

Sie haben die Möglichkeit, diesen Antrag online zu stellen unter [www.schwerbehindertenantrag.bayern.de](http://www.schwerbehindertenantrag.bayern.de)



**Antrag**

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Eingangsstempel

auf Erhöhung des Grades der Behinderung auf wenigstens \_\_\_\_\_

auf Feststellung des Merkzeichens

G

(erheblich gehbehindert)

B

(Begleitperson bei Benutzung öffentl. Verkehrsmittel erforderlich)

aG

(außergewöhnlich gehbehindert z. B. bei Rollstuhlbenutzung)

H

(hilflos)

RF

(erheblich hör- oder sehbehindert oder dauerndes Gebundensein an die Wohnung)

BI

(blind)

GI

(gehörlos)

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

Hinweis zur Mitwirkung nach § 67a Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X):

Ihre Angaben sind zur korrekten Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Sie dienen insbesondere dazu, von den von Ihnen angegebenen Ärzten und Stellen medizinische Unterlagen beizuziehen. Ihre Angaben sind freiwillig. Wenn Sie unvollständige Angaben machen, kann jedoch der Grad der Behinderung nicht oder nicht mehr in der richtigen Höhe bzw. können eigentlich zustehende Merkzeichen eventuell nicht oder nicht mehr festgestellt werden. Gegebenenfalls wird dadurch auch eine Besserung des Gesundheitszustandes nahegelegt. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – **möglichst in Blockschrift** – und senden Sie die ggf. anliegenden Einverständniserklärungen ausgefüllt und unterschrieben zurück.

**Fügen Sie bitte diesem Antrag alle in Ihren Händen befindlichen Unterlagen über den derzeitigen Gesundheitszustand bei** (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Entlassungsberichte des Reha-Trägers, EKG- und Laborbefunde). **Es besteht die Möglichkeit, vom behandelnden Arzt auf eigene Kosten Kopien von den ärztlichen Unterlagen anfertigen zu lassen.** (Diese Kosten können jedoch vom Zentrum Bayern Familie und Soziales nicht ersetzt werden.) Sie können dadurch erheblich zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen.

Soweit in einzelnen Abschnitten der Platz für die Eintragungen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

<b>1</b>	Familienname	Vorname	Geburtsdatum	tagsüber telefonisch erreichbar unter				
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort								
Ich bin erwerbstätig <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja								
Wenn eine gerichtlich angeordnete Betreuung mit entsprechendem Aufgabenkreis („Vertretung gegenüber Behörden“ oder „Vermögenssorge“) besteht, dann geben Sie bitte den Betreuer an:								
Familien- und Vorname _____								
Straße, Hausnummer _____								
Postleitzahl, Ort _____								
<b>2</b>	Welche der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen haben sich <b>verschlimmert</b> ?		Wie äußert sich die Verschlimmerung?					
<b>3</b>	Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung <b>neu</b> aufgetreten?							
	angeborene Gesundheitsstörung	Arbeitsunfall/Berufskrankheit (dem Unfallversicherungsträger gemeldet)	Verkehrsunfall	häuslicher Unfall	sonstiger Unfall	Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Folgen einer Gewalttat	sonstige Krankheit	sonstige Ursache
1								
2								
3								
4								
5								
<b>4</b>	Ich bin blind bzw. meine Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt <b>nach Korrektur</b> nicht mehr als 2 % (1/50) bzw. es liegt eine damit vergleichbare andere Sehstörung vor. Ich beantrage daher Blindengeld <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja							

5 **Hat seit unserer letzten Entscheidung** eine Behörde, ein Sozialversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft, Rentenversicherungsträger) oder ein Gericht eine Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen bzw. zu einzelnen Gesundheitsstörungen getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Nein  Ja

Behörde/Gericht/Sozialversicherungsträger	Aktenzeichen (ggf. Unfalltag)	zu folgenden Gesundheitsstörungen

Bitte Feststellungsbescheide oder –unterlagen beifügen.

6 Derzeitige Zugehörigkeit zu einer Kranken- bzw. Pflegekasse oder Kranken- bzw. Pflegeversicherung

Name und Anschrift der Kasse oder Versicherung – Mitgliedsnummer/Geschäftszeichen

Haben Sie bei der Pflegekasse bzw. –versicherung Pflegeleistungen beantragt?  Nein  Ja, am

Wenn ja:  der Antrag wurde abgelehnt  der Antrag wurde bewilligt: Pflegestufe  ab

über den Antrag wurde noch nicht entschieden Untersuchungstermin:

7 Name und Anschrift des Hausarztes

8 Bei welchen Ärzten sind Sie seit unserer letzten Feststellung außerdem in Behandlung?

von – bis	Name und Anschrift der derzeit behandelnden Ärzte	Fachgebiet	wegen folgender Gesundheitsstörungen	Befinden sich diese Unterlagen auch beim Hausarzt?

9 Krankenhaus- und Reha-Behandlung seit unserer letzten Feststellung?

von – bis (genaues Datum des Aufnahme- u. Entlassungstages)	Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Kuranstalt Abteilung/Station oder Chef- /Stationsarzt Kostenträger der Reha-Maßnahme; Aktenzeichen	wegen folgender Gesundheitsstörungen	Befinden sich diese Unterlagen auch beim Hausarzt?

Sind Reha- oder Krankenhausbehandlungen vorgesehen?  Nein  Ja, in  ab

10 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen) befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen	Jahr der Untersuchung

Bitte senden Sie auch eventuell in Ihren Händen befindliche Unterlagen ein.

11 Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?  Nein  Ja

12 **Nur für Antragsteller, die nicht am Sitz des Versorgungsamtes wohnen:**

Ich möchte den Schwerbehindertenausweis nicht bei meiner Gemeinde, sondern beim Versorgungsamt abholen.  
(Reisekosten werden nicht erstattet.)

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses (bei Grenzpendlern) und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Kliniken, Sozialleistungsträger usw.) Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekannt geben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

**Bitte alle 3 Einverständniserklärungen ausfüllen, unterschreiben und mit dem Antragsformular zurücksenden!**

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:
---------------

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Kliniken, Sozialleistungsträger usw.) Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekannt geben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:
---------------

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Kliniken, Sozialleistungsträger usw.) Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekannt geben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:
---------------

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Kliniken, Sozialleistungsträger usw.) Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekannt geben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_