

| | | |
|--|---------------------------|--|
| An das Amt für soziale Angelegenheiten | Geschäftszeichen: | Bitte für amtliche Zwecke freilassen ! <input type="checkbox"/> Daten erfaßt am mit -ohne- maschinelle Eingangs- bestätigung <input type="checkbox"/> |
|--|---------------------------|--|

Änderungs-Antrag
nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Ich beantrage die Feststellung

- eines höheren Grades der Behinderung (GdB)
- der gesundheitlichen Voraussetzungen des Merkzeichens
 - G** (erhebliche Gehbehinderung)
 - B** (Notwendigkeit ständiger Begleitung bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel)
 - aG** (außergewöhnliche Gehbehinderung)
 - H** (Hilflosigkeit)
 - RF** (Befreiung von der Rundfunk-/Fernsehgebührenpflicht/Telefongebührenermäßigung-„Sozialanschluß“-)
 - GI** (Gehörlosigkeit)
 - BI** (Blindheit)
 - 1. KI** (Nutzung der 1. Wagenklasse bei Bahnreisen für Kriegsbeschädigte/NS-Verfolgte mit MdE ab 70 v.H.)

Allgemeine Hinweise:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen zur Beschleunigung der Bearbeitung Ihres Antrages sorgfältig und vollständig. Ihre Angaben sind für die Bearbeitung notwendig. Sie sind dazu auch verpflichtet. 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.

Haben Sie selbst Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, EKG, Labor- oder Röntgenbefunde)? Dann fügen Sie diese bitte dem Antrag bei ! Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen.

Angaben zur Person:

| | | |
|---|---------------|----------------------|
| Vor- und Zuname (ggf. auch Geburtsname): | Geburtsdatum: | Telefon: (tagsüber): |
| Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt -Anschrift-: | | |
| 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. | | |

| |
|--|
| Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> |
| Krankenversicherung -Bitte Namen und Anschrift angeben-: |
| Rentenversicherung -Bitte Versicherungsnummer angeben-: |

Angaben zur Behinderung:

Welche im letzten Feststellungsbescheid bereits berücksichtigten Beeinträchtigungen haben sich **verschlimmert** ?

| | |
|----------|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |

| | |
|--|--|
| Welche körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) Funktionsbeeinträchtigung(en) machen Sie erstmalig geltend ? | Bitte Ursachenschlüssel (s.u.) eintragen: |
|--|--|

| | | |
|----------|--|--|
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |

Ursachenschlüssel:

- | | |
|--|---|
| 01 = Angeborene Behinderung | 06 = Sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall |
| 02 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebswegeunfall), Berufskrankheit | 07 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung |
| 03 = | 08 = |
| 04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall | 09 = Sonstige Krankheit (einschl. Impfschaden), ohne Berufskrankheit |
| 05 = Häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall | 10 = Sonstige Ursache oder mehrere Ursachen |

Sollen außer der(den) von Ihnen jetzt angegebenen Beeinträchtigung(en) weitere Gesundheitsstörungen, die evtl. im Rahmen der Sachverhaltsaufklärung festgestellt werden, in die Prüfung Ihres Antrages einbezogen werden ?

- Ich bitte um Berücksichtigung **aller** festgestellten Funktionsbeeinträchtigungen.
- Es sollen nur die oben angegebenen Funktionsbeeinträchtigungen berücksichtigt werden.

Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben/hatten Sie diese beantragt ?

- Leistungen einer Pflegekasse wegen **Schwerpflegebedürftigkeit** Nein Ja
- **Pflegegeld** nach dem Bundessozialhilfegesetz oder Landespflegegeldgesetz Nein Ja
- **Blindengeld** nach dem Landesblindengeldgesetz Nein Ja

Falls ja, Behörde/Dienststelle/Versicherung, Anschrift, **Geschäftszeichen**:

Wurden Sie wegen eines **Rentenantrages** in den **letzten 3 Jahren** von einer Landesversicherungsanstalt, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Knappschaft, landwirtschaftlichen Alterskasse etc. untersucht?

Nein Ja, von (Behörde/Dienststelle, Anschrift, **Geschäftszeichen**)

Angaben zu ärztlichen Behandlungen in den letzten 3 Jahren:

Hausärztin/Hausarzt:

| | | |
|------------|-------|----------|
| Name: | Seit: | Telefon: |
| Anschrift: | | |

Fachärztinnen/Fachärzte:

| | |
|---|-------------|
| Name: | Fachgebiet: |
| Anschrift: | |
| Behandlung von _____ bis _____ wegen der auf Seite 2 angegebenen Funktionsbeeinträchtigung(en) Nr. 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> (Bitte ankreuzen !) | |
| Name: | Fachgebiet: |
| Anschrift: | |
| Behandlung von _____ bis _____ wegen der auf Seite 2 angegebenen Funktionsbeeinträchtigung(en) Nr. 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> (Bitte ankreuzen !) | |
| Name: | Fachgebiet: |
| Anschrift: | |
| Behandlung von _____ bis _____ wegen der auf Seite 2 angegebenen Funktionsbeeinträchtigung(en) Nr. 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> (Bitte ankreuzen !) | |
| Hat auch Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt diese Unterlagen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | |

Krankenhausbehandlungen, Kuren/Heilverfahren in den letzten 3 Jahren:

| von - bis | Name/Anschrift | Abteilung/ Station | Wg. der auf Seite 2 ange- gebenen Funktionsbeein- trächtigung(en) Nr. |
|-----------|----------------|-----------------------|--|
| bis | | | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |
| bis | | | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |
| bis | | | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |
| bis | | | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> |

Hat auch Ihre Hausärztin/Ihr Hausarzt diese Unterlagen? Ja Nein

Kostenträger der Kur/des Heilverfahrens war:
Geschäftszeichen:

Wo könnten sich weitere ärztliche Unterlagen aus den letzten **3 Jahren** über die auf **Seite 2** angegebene Beeinträchtigungen befinden (z.B. Gesundheitsamt, Arbeitsamt, Werksarzt etc.) ?
Beim **Geschäftszeichen:**

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Verwaltungsverfahren die 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 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.

Von dieser Einverständniserklärung **schließe ich ausdrücklich aus:**

.....

- Bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen von ihrer Schweigepflicht.
Ich nehme zur Kenntnis, dass die Sozialdaten, die in diesem Verwaltungsverfahren bekannt geworden sind,

- 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, Arbeitsamt, 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 für die Einverständniserklärung)

..... (Ort, Datum) (Unterschrift für den Antrag)

Folgende Unterlagen füge ich bei: Passbild Aktuelle ärztliche Unterlagen (siehe Seite 1)