



## 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 ?		<b>Ursache:</b> z.B. angeborene Gesundheitsstörung, <b>Arbeits-</b> , Verkehrs-, häuslicher Unfall, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
1		
2		
3		
4		
5		
6		
2. Soll Ihr Antrag <b>alle Gesundheitsstörungen</b> , 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, 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 Behinderungenbezogen werden können.		

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

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

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

#### 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 **Berufgenossenschaft** über das Vorliegen von Unfallfolgen und der darauf beruhenden MdE oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheid oder Unterlagen beifügen)

Ja     Nein     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?

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:** \_\_\_\_\_  
Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers:  
**letzte Untersuchung:** \_\_\_\_\_

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

Besucht Ihr Kind eine – ggf. welche – Behinderteneinrichtung / -schule  Ja  Nein  
Bezeichnung und Anschrift der Einrichtung

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

**Bezeichnung und Anschrift:**

## V. Schwerbehindertenausweis

1. Der Schwerbehindertenausweis soll die Voraussetzungen nachweisen 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 **Lichtbild** (in der Größe eines Passbildes) **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. Andernfalls erfolgt die Aushändigung des Ausweises durch die Stadt- oder Gemeindeverwaltung (Einwohnermeldeamt, Meldestelle, Bürgeramt u.a.). Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Lichtbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.

## VI. Erklärungen zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Die Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Versorgungsamt das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung nach § 69 SGB IX feststellen kann.

Sie sind gem. § 60 Sozialgesetzbuch – Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Sie haben die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben mitzuteilen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Feststellungen nach § 69 SGB IX können gem. § 66 SGB I versagt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. So können z.B. Angaben verweigert werden, die Sie der Gefahr aussetzen würden wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Wir machen Sie vorsorglich darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Durchführung des SGB IX mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Versorgungsverwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Versorgungsverwaltung widersprechen.

**Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Krankenkassen, 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 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.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. des  
Vertreters (**Vollmacht / Bestallungsurkunde /  
Betreuerausweis – bitte Kopie – vorlegen**)

**Dem Antrag füge ich bei:**

- 1 Lichtbild aus neuester Zeit  
 Kopien ärztlicher Befunde

## Wichtige Hinweise für die Bearbeitung von Anträgen nach dem Schwerbehindertenrecht

Im Zuge der Verwaltungsreform des Landes Baden-Württemberg wurde das **Versorgungsamt Heilbronn** aufgelöst und bereits zum 01.01.2005 in die Landratsämter eingegliedert. Für die Einwohner des **Stadt- und Landkreises Heilbronn** ist seit diesem Zeitpunkt – u.a. für Anträge nach dem Schwerbehindertenrecht - das **Versorgungsamt im Landratsamt Heilbronn** zuständig. Dieses ist weiterhin in der **Bahnhofstraße 35** untergebracht. **Telefonisch** zu erreichen sind wir unter der Rufnummer **(07131) 994-7276**, **per Computer-Fax unter: (07131) 994-83-72801**.

Sie können selbst zur schnelleren Bearbeitung Ihres Antrags sowie zur erheblichen Verfahrensvereinfachung und Einsparung von Kosten beitragen, indem Sie uns bei der Beschaffung der erforderlichen ärztlichen Unterlagen unterstützen.

Bitte fügen Sie daher alle Ihnen bereits vorliegenden ärztlichen Unterlagen zu den geltend gemachten Leiden Ihrem Antrag bei.

Fordern Sie bitte des weiteren alle übrigen **bereits vorhandenen aktuellen Arzt-, bzw. Facharztberichte etc. der letzten zwei Jahre** bei Ihrem behandelnden Arzt **in Fotokopie (bitte keine Originale)** an und reichen Sie sie uns **innerhalb von 4 Wochen nach Antragstellung** ein.

Wenn bei Ihrem Arzt keine Berichte vorhanden sind, soll er auf keinen Fall selbst einen Bericht schreiben.

Ihnen hierbei entstandene **nachgewiesene Kosten** (Kopierkosten, Portokosten) können im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften auf Antrag erstattet werden (bitte **Belege beifügen** und **Bankverbindung angeben**).

Selbstverständlich kann Ihr Arzt uns die Unterlagen auch direkt per Fax übermitteln.

Wir danken für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe.

Ihr Versorgungsamt

Landratsamt Heilbronn  
Versorgungsamt  
Dienstgebäude: Bahnhofstraße 35

Öffnungszeiten:  
Montag – Freitag: 8.00 – 12.00 Uhr  
Mittwoch 13.30 – 18.00 Uhr

74064 Heilbronn