

Eingangsstempel

## **Erst-Antrag**

**auf Feststellung einer Behinderung nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch  
(SGB IX) - Schwerbehindertenrecht -**

### **Wichtige Hinweise**

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig

Ihre Angaben sind für die Bearbeitung notwendig. Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB 1) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben. Dies gilt für das Verfahren nach § 152 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 § 152 SGB IX notwendig ist, werden Ihre Sozialdaten gespeichert. Rechtsgrundlage ist § 67c SGBX.

Vergessen Sie bitte nicht, den Antrag zu unterschreiben!

Der Schwerbehindertenausweis ist regelmäßig mit einem Passbild des Ausweisinhabers zu versehen. Bitte fügen Sie dem Antrag daher bereits ein Passbild bei. Wenn die Voraussetzungen zur Ausstellung eines Ausweises nicht festgestellt werden, erhalten Sie das Passbild wieder zurück. Geben Sie bitte auf der Rückseite des Passbildes Ihren Vor- und Zunamen sowie Ihren Wohnort an.

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

### **Angaben zum Antragssteller**

Familienname

Vorname

Gegebenenfalls Geburtsname

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich

männlich

Postleitzahl

Wohnort

Straße und Hausnummer

### **Freiwillige Angaben**

Telefon(tagsüber)

E-Mail-Adresse (falls vorhanden)



### Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

Welche körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) **Beeinträchtigung(en)** machen Sie geltend?

Ursachen-  
Schlüssel

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

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

### Haben Sie ein besonderes Begehren bezüglich der Feststellung von Merkzeichen?

Insbesondere begehre ich die Feststellung folgender Merkzeichen:

G	gehbehindert	Bl	blind
aG	außergewöhnlich gehbehindert	Gl	gehörlos
B	zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt	RF	Ermäßigung des Rundfunkbeitrages
H	hilflos	TBl	taubblind

### Wurde bereits von anderen Behörden eine Feststellung getroffen?

Bitte fügen Sie die Ihnen vorliegenden Gutachten und Bescheide (in Kopie) bei

Unfallversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft)	ja	nein	beantragt
Versorgungsverwaltung (Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetz, Thüringer Sinnesbehindertengeldgesetz usw.)	ja	nein	beantragt
Sonstige (z.B. Leistungen der Pflegekasse)	ja	nein	beantragt
Behörde/Dienststelle -genaue Anschrift-	Geschäftszeichen, Versicherungsnummer		Wegen welcher Funktionsbeeinträchtigung?

Soll Ihr Antrag alle bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen ja nein

Wenn nein: Welche Gesundheitsstörung(en)/Funktionsbeeinträchtigung(en) soll(en) nicht berücksichtigt werden?

Bitte beachten Sie, dass diese Funktionsbeeinträchtigung dann bei der Feststellung des Grades der Behinderung und ggf. festzustellender Merkzeichen unberücksichtigt bleiben.

### Angaben zu ärztlichen Behandlungen

Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes

### Bei welchen Ärzten/-innen sind beziehungsweise waren Sie außerdem in Behandlung?

von-bis	Name und Anschrift	Fachgebiet	Wegen Nr. (Seite 3)	Unterlagen beim Hausarzt?
				Ja Nein
				Ja Nein
				Ja Nein

### Krankenhaus- und Reha-Behandlung in den letzten drei Jahren

von-bis	Name und Anschrift	Abteilung Station	Wegen Nr. (Seite 3)	Unterlagen beim Hausarzt?
				Ja Nein
				Ja Nein
				Ja Nein

Kostenträger der Reha-Behandlung (Name und Anschrift)

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 Pflegegrad      eingestuft.  
                  Über den Antrag wurde noch nicht entschieden.  
                  Untersuchung fand statt/ist vorgesehen für

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

**Bitte senden Sie auch Unterlagen ein, die sich in Ihren Händen befinden. Sie können damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungsdauer beitragen.**

(Bitte senden Sie, wenn möglich, Kopien ein. Originale werden vom Amt nach erfolgter Auswertung unverzüglich zurückgesandt.)

**Folgende Unterlagen füge ich bei:**

### **Einverständniserklärung**

Die erteilte Einverständniserklärung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen oder einschränken. Ich weiß, dass ich dann möglicherweise auch meine Rechte nicht oder lediglich eingeschränkt umsetzen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Verwaltungsverfahren und einem sich eventuell 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 (zum Beispiel 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)
- Für eigenen gesetzliche soziale Aufgaben, aber auch 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) gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers
-----	-------	---

---

Ort	Datum	Unterschrift (Antrag) gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers
-----	-------	--