



An das  
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

<b>Geschäftszeichen</b>	Vorgang nicht vorhanden  Daten erfasst am mit ohne masch. Eing.-Best.
-------------------------	--

## Änderungs-Antrag

### nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht –

auf Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)

auf Feststellung des/der Merkzeichen(s)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>G</b> (erheblich gehbehindert)   | <b>GL</b> gehörlos       |
| <b>aG</b> (außergewöhnlich gehbehindert)  | <b>BI</b> (blind)        |
| <b>H</b> (hilflos)  | <b>TBI</b> („taubblind“) |
| <b>B</b> (Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel) |                          |
| <b>RF</b> (erheblich hör- oder sehbehindert oder dauernd an die Wohnung gebunden)       |                          |
| <b>1. Kl.</b> (1. Wagenklasse bei Bahnreisen für Kriegsgeschädigte/NS-Verfolgte)        |                          |

#### Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – **möglichst in Blockschrift!** Sie können dieses Formular auch am Bildschirm mit dem Acrobat Reader ausfüllen und drucken.

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 § 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 § 67 c SGB X.

**Vergessen Sie bitte nicht, den Antrag zu unterschreiben!**

**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 zur Person

Familienname

Vorname

gegebenenfalls Geburtsname

Geburtsdatum

Postleitzahl Wohnort

Straße und Hausnummer



Soll Ihr Antrag alle bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen? ja nein

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 beziehungsweise waren Sie außerdem in Behandlung?

von-bis	Name und Anschrift	Fachgebiet	wegen Nr. (Seite 2)	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 2)	Unterlagen beim Hausarzt?
				ja
				nein
				ja
				nein
				ja
				nein

Kostenträger der Reha-Behandlung (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 (zum Beispiel von einem Amt für soziale Angelegenheiten/Versorgungsamt, einer anderen Verwaltungsbehörde, einem Sozialversicherungsträger – zum Beispiel 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.

