

Änderungsantrag

nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch (SGB IX) zur Durchführung des Feststellungsverfahrens und auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

	Eingangsstempel	
	Aktenzeichen	

Änderungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht

auf Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)

auf Feststellung - weiterer - eines weiteren Merkzeichen(s) entsprechend den Angaben unter Ziffer 2.3.

Hinweise:
 Die nachstehend erbetenen personenbezogenen Daten werden benötigt, um über Ihren Änderungsantrag nach dem SGB IX entscheiden zu können. Ihre Mithilfe, die in § 21 Abs. 2 SGB X vorgesehen ist, erleichtert eine rasche Entscheidung über Ihren Antrag.
 Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde) in Ihren Händen befinden, fügen Sie diese bitte diesem Antrag bei. Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen. Sofern Ihnen keine Unterlagen vorliegen, werden von der Versorgungsverwaltung mit Ihrer Einwilligung ärztliche Unterlagen von den von Ihnen angegebenen Ärzten und/oder Einrichtungen beigezogen und versorgungsmäßig ausgewertet. Der Datenschutz ist gewährleistet.
Bitte vergessen Sie nicht sowohl den Antrag als auch die Einverständniserklärung zu unterschreiben

1. Angaben zur Person

Name		Titel (z. B. „Dr.“)		Geburtsname	
Vornamen		Zusatz (z. B. „von“)			
Adresse (Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt)	PLZ	Ort		Zusatzangabe (z. B. „Pflegeheim“)	
	Straße		Hausnr.		
Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Staatsangehörigkeit	Telefon (tagsüber)	
Sind Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Vertreter <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter (Bitte Bestallungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen!)					
Name		Titel (z. B. „Dr.“)		Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Vornamen		Zusatz (z. B. „von“)		Telefon (tagsüber)	
Adresse	PLZ	Ort	Straße		Hausnr.

Wenn Sie an der Online-Abfrage Ihres Bearbeitungsstandes teilnehmen wollen, tragen Sie hier bitte die E-Mail-Adresse ein, welche für die Nutzung der Online-Abfrage verwendet werden soll. Nähere Erläuterungen finden Sie auf Seite 4 Pkt. 4.

E-Mail:

Grenzarbeitnehmer: Bitte fügen Sie die Arbeitsbescheinigung Ihres jetzigen Arbeitgebers und ggf. die Arbeitserlaubnis bei.

Ausländer: Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung der Ausländerbehörde über Ihren aufenthaltsrechtlichen Status bei. (Ausgenommen sind Angehörige der EU, Liechtenstein, Island und Norwegen)

Bitte stellen Sie mir Informationsmaterial in leichter Sprache zur Verfügung.

Aufgrund meiner Sehbehinderung bitte ich darum, mir den Bescheid auch in einer für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

als Großdruck in Brailleschrift (Blindenschrift)

Ich habe bereits einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt:		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei welcher Verwaltungsbehörde:		Aktenzeichen:	

2. Angaben zu Beeinträchtigungen

2.1	Die nachfolgenden Beeinträchtigungen haben sich verschlimmert:		
Lfd. Nr.	Art der Beeinträchtigung		
1.			
2.			

2.2	Die nachfolgenden körperlich, geistig und/oder seelischen Beeinträchtigungen sind neu hinzugetreten: (Bitte geben Sie nur die Beeinträchtigungen an, die bei der Feststellung berücksichtigt werden sollen.)		
Lfd. Nr.	Art der Beeinträchtigung	Ursachenschlüssel	Bitte zu jeder Beeinträchtigung die jeweils zutreffende Ursachenschlüsselzahl eintragen
1.			01 angeborene Behinderung
2.			02 Arbeitsunfall
			04 Verkehrsunfall
3.			05 häuslicher Unfall
			06 sonstiger Unfall
4.			07 Kriegs-, Wehrdienst- od. Zivildienstbeschädigung
5.			09 Allg. Krankheit
6.			10 sonstige od. mehrere Ursachen

2.3	Infolge meiner geltend gemachten Beeinträchtigung begehre ich das/die Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis: (Siehe hierzu Erläuterungen unter Punkt 5)		
	Merkzeichen B <input type="checkbox"/>	Merkzeichen RF	
	Merkzeichen G <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> wesentlich sehbehindert	
	Merkzeichen aG <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gehindert, mich trotz Hörhilfe ausreichend zu verständigen	
	Merkzeichen Bl <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen	
	Merkzeichen H <input type="checkbox"/>	Merkzeichen 1. Kl. <input type="checkbox"/>	
		Merkzeichen Gl <input type="checkbox"/>	

2.4	Hat ein Versorgungsamt, Landesamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft) oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung (GdB/MdE) getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (ggf. Kopie des aktuellen Bescheides beifügen)			
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	falls ja, für folgende Beeinträchtigungen (lfd. Nr.)	Höhe des/der festgestellten GdB / MdE	Name und Anschrift der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Aktenzeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung ggf. Tag des Unfalls

3. Angaben zu ärztlichen Behandlungen von Beeinträchtigungen nach Ziffer 2.1 und 2.2 (in den letzten 5 Jahren)

3.1	Hausarzt	
	Name	
	Anschrift	

3.2	Ärztliche Behandlungen insbesondere der letzten 5 Jahre				
	von - bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes	Fachgebiet	Wegen d. Beeinträchtigung (Ifd. Nr.)	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.3	Krankenhausbehandlungen insbesondere der letzten 5 Jahre				
	von - bis	Name und Anschrift des Krankenhauses	Abteilung / Station	Wegen d. Beeinträchtigung (Ifd. Nr.)	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3.4	Kuren / Rehabilitationsmaßnahmen insbesondere der letzten 5 Jahre				
	von - bis	Name und Anschrift		Wegen d. Beeinträchtigung (Ifd. Nr.)	Hat Ihr Hausarzt dazu Unterlagen
		der Kur-einrichtung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		des Kosten-trägers			
		der Kur-einrichtung			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		des Kosten-trägers			

3.5	Bitte geben Sie Ihre Kranken- bzw. Pflegekasse oder Kranken- bzw. Pflegeversicherung an.				
	Name				
	Anschrift				
	Mitgliedsnummer				
Haben Sie bei der Pflegekasse bzw. -versicherung Pflegeleistungen beantragt? <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein					
Wenn ja: <input type="checkbox"/> der Antrag wurde abgelehnt <input type="checkbox"/> der Antrag wurde bewilligt: Pflegestufe <input type="text"/> ab					
<input type="checkbox"/> über den Antrag wurde noch nicht entschieden					

3.6	Sind Sie erwerbsgemindert und erhalten Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig? (ggf. Bescheid in Kopie beifügen)				
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Ich erhalte Rente ab				
	Name und Anschrift des Versicherungsträgers			Aktenzeichen	

Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.	
Datum:	Unterschrift:

4. Erklärung und Information zum Antrag auf Feststellung der Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch und auf Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

1. Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung für die Prüfung möglicher Änderungen seit der letzten Feststellung aktuelle Angaben über meinen derzeitigen Gesundheitszustand benötigt. Soweit meine Angaben und Unterlagen für eine sachgerechte Beurteilung der Gesundheitsstörungen nicht ausreichen, ist das Landesamt für Soziales und Versorgung auf weitere medizinische Unterlagen und Auskünfte der mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen angewiesen, auch soweit diese von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Einrichtungen erstellt worden sind.

In Kenntnis dessen willige ich ein, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung von den von mir umseitig angegebenen oder aus den überlassenen Unterlagen ersichtlichen Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Behörden, Sozialleistungsträgern und sonstigen Stellen sowie Personen, die ich angegeben habe, medizinische Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang einholt, wie diese Aufschluss über meinen derzeitigen Gesundheitszustand geben können. Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte zu und entbinde die genannten Ärztinnen/Ärzte und sonstigen schweigepflichtigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung **freiwillig** ist und von mir jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Eine nachträgliche Beschränkung oder ein Widerruf wirken sich allerdings nicht für die Vergangenheit, sondern nur für die Zukunft aus. Die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung gilt für dieses Verfahren und für ein sich gegebenenfalls anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie erstreckt sich auch auf psychische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen. Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen dieser Einwilligung nachstehend vermerkt. Ich weiß, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung dann nur nach Lage des Akteninhalts prüfen und dies zu einem negativen Ergebnis für mich führen kann.

Meine Einwilligungserklärung beschränke ich wie folgt:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • in zeitlicher Hinsicht: • auf bestimmte Ärzte oder Einrichtungen: • sonstiges: |
|--|

2. Kenntnisnahme weiterer Informationen

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung medizinische Daten, die bereits vorliegen oder die gemäß Ziffer 1 ermittelt wurden, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit weitergeben darf. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf das Landesamt für Soziales und Versorgung diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 69 Absatz 1 Nummer 1 und 2 i. V. m. § 76 Absatz 2 Nummer 1 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X).

Mir ist bekannt, dass ich einer solchen Weitergabe jederzeit ohne Angabe von Gründen formlos widersprechen kann.

3. Information zum Passbild

Ihr eingesendetes Passbild wird gespeichert und verbleibt in digitaler Form beim Landesamt für Soziales und Versorgung. Das hat den Vorteil, dass bei einer Ausweisneuausstellung bzw. einem eventuellen Verlust des Ausweises kein neues Passbild eingesendet werden muss, da das gespeicherte Passbild verwendet werden kann.

Ihr Passbild wird nach der Speicherung nicht zurückgesendet, sondern datenschutzgerecht vernichtet.

4. Online-Abfrage des Bearbeitungsstandes

Auf der Internetseite des Landesamtes für Soziales und Versorgung www.lasv.brandenburg.de unter der Rubrik „Schwerbehindertenrecht“ können Sie den aktuellen Bearbeitungsstand Ihres Antrages abrufen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn Sie uns eine E-Mail-Adresse bekannt gegeben haben, ein offener Antrag vorliegt und Ihnen bereits ein Aktenzeichen mitgeteilt wurde. Die Darstellung des jeweiligen Bearbeitungsabschnittes erfolgt anhand von Säulen. Der aktuelle Bearbeitungsabschnitt ist entsprechend gekennzeichnet.

Name, Vorname

Datum, Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters

Anlagen:

Wortlaut der Gesetzestexte**§ 69 SGB X (Auszug) – Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben**

- (1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie erforderlich ist
1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an die die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist,
 2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens einschließlich eines Strafverfahrens ...

§ 76 SGB X (Auszug) – Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

- (1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.
- (2) Absatz 1 gilt nicht
1. im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht; der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,
 2. im Rahmen des § 69 Abs. 4 und 5 und des § 71 Abs. 1 Satz 3, ...

5. Erläuterungen zum Ausfüllen des Antrages

Das Landesamt für Soziales und Versorgung entscheidet auch darüber, inwieweit Voraussetzungen vorliegen, die zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen (Sonderrechten) berechtigen.

In Betracht kommen folgende Nachteilsausgleiche:

	Nachteilsausgleiche	können geltend gemacht werden, wenn	entsprechendes Merkzeichen im Ausweis
1.	Freifahrt für die Begleitperson im öffentlichen Nah- und Fernverkehr	die Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson nachgewiesen wird	B
2.	Kfz-Steuerermäßigung (50 %) * oder Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr	eine erhebliche Beeinträchtigung in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr festgestellt wird	G
3.	Parkerleichterungen und Kfz-Steuerbefreiung * und Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr	eine außergewöhnliche Gehbehinderung festgestellt wird (z. B. Rollstuhlfahrer)	aG
4.	Parkerleichterung und Kfz-Steuerbefreiung * und Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr	Blindheit festgestellt wird	BI
5.	Kfz-Steuerbefreiung * und Freifahrt im öffentlichen Personennahverkehr	Hilflosigkeit festgestellt wird (z. B. wenn für die gewöhnlichen Verrichtungen im täglichen Leben in erheblichem Umfang dauernde Hilfe erforderlich ist)	H
6.	Rundfunkbeitragsermäßigung	aufgrund der festgestellten Beeinträchtigung eine Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen ständig ausgeschlossen ist oder eine starke Sehbehinderung oder eine starke Hörbehinderung vorliegt	RF
7.	Benutzung der 1. Wagenklasse im Eisenbahnverkehr	eine Schwerkriegsbeschädigung mit einer MdE von wenigstens 70 v. H. festgestellt wurde	1. Kl.
8.	Kfz-Steuerermäßigung (50 %) * oder Vergünstigungen im öffentlichen Personennahverkehr	Gehörlosigkeit bzw. an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit mit Sprachstörungen festgestellt wird	GI

* als Fahrzeughalter

Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, wenden Sie sich bitte persönlich oder telefonisch an Ihr Landesamt für Soziales und Versorgung.

Sofern der im Antragsvordruck vorgesehene Raum nicht ausreicht, führen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt fort.

Bitte vergessen Sie nicht den Antrag **und** die Einverständniserklärung zu unterschreiben, damit die notwendige Sachverhaltsaufklärung vom Landesamt für Soziales und Versorgung durchgeführt werden kann.

Der Datenschutz ist gewährleistet.