

# 1 Empfänger

| Versorgungsamt   | Aktenzeichen des Versorgungsamtes | Eingangsstempel |
|--|-----------------------------------|-----------------|
|  |                                   |                 |
| <p><b>Änderungsantrag</b><br/> nach § 69 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)<br/> - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, Schwerbehindertenrecht -<br/> (Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB), weiterer gesundheitlicher Merkmale sowie<br/> Ausstellung eines - neuen - Ausweises)</p>  |                                   |                 |
| <p><b>WICHTIGE HINWEISE</b><br/> Um sachgerecht über Ihren Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Sie werden deshalb gebeten, den Antrag sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – auszufüllen. Bitte beachten Sie die Erläuterungen auf dem 3. Blatt dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der letzten Seite zu unterschreiben.<br/> <b>Wenn sich Unterlagen über die von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörungen (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, EKG, Labor- und Röntgenbefunde, aber auch Bescheide anderer Leistungsträger) in Ihren Händen befinden, die nicht älter als 5 Jahre sind, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.</b><br/> <b>Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.</b><br/> Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Soweit Sie vom Angebot der Datenbeschaffung durch das Versorgungsamt Gebrauch machen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende dieses Antragsvordrucks. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b Absatz 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.</p> |                                   |                 |

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

## 2 Angaben zur Person

|            |   |                    |   |                                      |  |
|------------|---|--------------------|---|--------------------------------------|--|
| 2.1        | Name  |                    | Geburtsname   |                                      |  |
|            | Vorname   |                    | weiblich<br><input type="checkbox"/>                          | männlich<br><input type="checkbox"/> |  |
|            | Staatsangehörigkeit   |                    |   |                                      |  |
| geboren am |   | in (Ort)           |   |                                      |  |
| 2.2        | Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt   |                    |   |                                      |  |
|            | Straße, Hausnummer  |                    | Tagsüber erreichbar unter<br>(Angabe der Tel.-Nr. freiwillig) |                                      |  |
|            | PLZ   | Wohnort            | Telefon-Nr.   |                                      |  |
| 2.3        | Ggf. weiterer Wohnsitz  |                    |   |                                      |  |
|            | Straße, Hausnummer  |                    |   |                                      |  |
|            | PLZ   | Wohnort            |   |                                      |  |
| 2.4        | Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben:<br><b>- ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen</b> | Name               |   | Vorname                              |  |
|            |   | Straße, Hausnummer |   |                                      |  |
|            |   | PLZ                | Wohnort   |                                      |  |

### 3 Angaben zu einer anderweitigen Feststellung

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| 3.1   | Hat ein Versorgungsamt, Landesamt, Wehrbereichsgebührenamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, eine Berufsgenossenschaft oder ein anderer Sozialversicherungsträger oder ein Gericht eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. das Vorliegen von Schädigungs-/Unfallfolgen und eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder läuft ein entsprechendes Verfahren? |   |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Nein - weiter mit Nr. 4 ff -<br><input type="checkbox"/> Ja<br>für folgende Behinderungen   | Höhe des /<br>der festge-<br>stellten<br>GdB /<br>MdE       | Bezeichnung<br>der Verwaltungsbehörde,<br>des Sozialversicherungsträgers<br>oder des Gerichts | Geschäftszeichen und Datum<br>des Vorgangs oder der Ent-<br>scheidung, ggf. Tag des Unfalls |
|   |  |   |   |   |
|   |  |   |   |   |
| <b>Bitte Feststellungsbescheid oder -unterlagen beifügen.</b> |  |   |   |   |
| 3.2   | Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter (Funktions-)Beeinträchtigungen geltend machen?   |   |   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Ja - Bitte weiter mit Nr. 4 ff -  | <input type="checkbox"/> Nein - Bitte weiter mit Nr. 9 ff - |   |   |

### 4 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

|     |          |  |
|-----|----------|--|
| 4.1 | Lfd. Nr. | Folgende der im letzten Bescheid des Versorgungsamtes <b>bereits festgestellten</b> (Funktions-) Beeinträchtigungen haben sich verschlimmert:                |
|     | ①        |  |
|     | ②        |  |
|     | ③        |  |
| 4.2 |          | Folgende Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung des Versorgungsamtes <b>neu aufgetreten</b> und sollen nach dem SGB IX festgestellt werden: |
|     | ④        |  |
|     | ⑤        |  |
|     | ⑥        |  |

### 5 Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu 4 (in den letzten 5 Jahren)

|     |  |            |   |  |
|-----|--|------------|---|--|
| 5.1 | <b>Hausarzt</b>  |            | Behandlung von      bis   |  |
|     | Name   | Fachgebiet | Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en)<br>(Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen)   |  |
|     | Straße, Hausnummer   |            | ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> |  |
|     | PLZ  | Ort        |   |  |
| 5.2 | <b>Weitere Ärzte.</b>  |            |   |  |
|     | <b>Hinweis:</b>  |            |   |  |
|     | Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, ob dort Befunde sämtlicher von Ihnen nachstehend angegebener Fachärzte - außer Augen- und HNO-Ärzte - vorliegen. Dies gilt auch für Krankenhaus- und Kurentlassungsberichte. |            |   |  |
|     | <b>Facharzt</b>  |            | Behandlung von      bis   |  |
|     | Name   | Fachgebiet | Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en)<br>(Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen)   |  |
|     | Straße, Hausnummer   |            | ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> |  |
|     | PLZ  | Ort        |   |  |
|     | Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja   |            |   |  |

## Facharzt

|  |            |   |  |
|--|------------|---|--|
| Name   | Fachgebiet | Behandlung von  | bis  |
| Straße, Hausnummer   |            | Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en)<br>(Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen) |  |
| PLZ  | Ort        | ① <input type="checkbox"/>  | ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> |
| Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |            |   |  |

## Facharzt

|  |            |   |  |
|--|------------|---|--|
| Name   | Fachgebiet | Behandlung von  | bis  |
| Straße, Hausnummer   |            | Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en)<br>(Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen) |  |
| PLZ  | Ort        | ① <input type="checkbox"/>  | ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> |
| Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |            |   |  |

5.3

**Für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen angegebenen Ärztinnen/Ärzten geben Sie bitte den Namen Ihrer Krankenkasse an:**

## 6 Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu 4 (in den letzten 5 Jahren)

6.1

|  |   |  |
|--|---|--|
| Name des Krankenhauses   | Behandlung von  | bis  |
| Abteilung / Station  | Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en)<br>(Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen) |  |
| Straße, Hausnummer   | ① <input type="checkbox"/>  | ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> |
| PLZ  | Ort   |  |
| Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |   |  |

6.2

|  |   |  |
|--|---|--|
| Name des Krankenhauses   | Behandlung von  | bis  |
| Abteilung / Station  | Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en)<br>(Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen) |  |
| Straße, Hausnummer   | ① <input type="checkbox"/>  | ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> |
| PLZ  | Ort   |  |
| Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |   |  |

## 7 Angaben zu Ihren Rehabilitationsverfahren/Kuren zu 4 (in den letzten 5 Jahren)

|  |   |   |
|--|---|---|
| Name der Klinik  | Behandlung von  | bis   |
| Straße, Hausnummer   | Behandlung wegen der Gesundheitsstörung(en)<br>(Bitte entsprechend lfd. Nr. unter Ziffer 4 ankreuzen) |   |
| PLZ  | Ort   | ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> |
| Name des Kostenträgers   | Straße, Hausnummer  |   |
| PLZ  | Ort   | Mitgliedsnummer / Geschäftszeichen  |
| Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |   |   |

## 8 Sonstige Angaben zu Ihren unter 4 geltend gemachten Gesundheitsstörungen

8.1

Erhalten Sie eine Unfallrente oder eine Berufs- bzw. Erwerbsminderungsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Sozialversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig?  
 Nein  Ja

|                                     |              |
|-------------------------------------|--------------|
| Name des Sozialversicherungsträgers | Aktenzeichen |
|                                     |              |

|  |  |  |              |      |      |
|--|--|--|--------------|------|------|
| 8.2  | Erhalten Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit von Ihrer Pflegekasse/Krankenkasse oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja |  |              |      |      |
|  | Erhalten Sie Blindengeld oder Hilfe für Gehörlose vom Landschaftsverband oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja             |  |              |      |      |
|  | Ist ein Gutachten des Medizinischen Dienstes Ihrer Krankenkasse oder ein sonstiges medizinisches Gutachten erstellt worden?<br><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja               |  |              |      |      |
|  | <table border="1"> <tr> <td>Anschrift des Leistungsträgers (Pflegekasse/Krankenkasse/Landschaftsverband)</td> <td>Aktenzeichen</td> </tr> <tr> <td><br/></td> <td><br/></td> </tr> </table>            | Anschrift des Leistungsträgers (Pflegekasse/Krankenkasse/Landschaftsverband) | Aktenzeichen | <br> | <br> |
| Anschrift des Leistungsträgers (Pflegekasse/Krankenkasse/Landschaftsverband) | Aktenzeichen   |  |              |      |      |
| <br>   | <br>   |  |              |      |      |

### 9 Angaben zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und Ausstellung eines Ausweises

|     |   |
|-----|---|
| 9.1 | Es soll festgestellt werden, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen vorliegen:<br>(Bitte entsprechendes ankreuzen)<br><input type="checkbox"/> - G - <input type="checkbox"/> - aG - <input type="checkbox"/> - B - <input type="checkbox"/> - RF - <input type="checkbox"/> - H - <input type="checkbox"/> - 1. Kl. - <input type="checkbox"/> - Bl - <input type="checkbox"/> - Gl -        |
| 9.2 | <input type="checkbox"/> Ich benötige keinen Ausweis.   |
| 9.3 | Sofern ein Ausweis zusteht, der zur unentgeltlichen Beförderung im öffentlichen Personenverkehr berechtigt, soll ein Streckenverzeichnis der Deutschen Bahn AG ausgestellt werden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> für meinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt (Nr. 2.2) oder<br><input type="checkbox"/> für meinen Wohnsitz in <input type="text"/> (Nr. 2.3) |
| 9.4 | Der beantragte Ausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit<br><input type="checkbox"/> ab Antragstellung <input type="text"/> ab: <input type="text"/> Gründe: <input type="text"/>  |

### 10 Erklärungen

|      |  |   |
|------|--|---|
| 10.1 | <b>Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.</b>   |   |
| 10.2 | Soweit ich keine Unterlagen beifüge, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden sowie Stellen innerhalb der Versorgungsverwaltung die hierfür erforderlichen Auskünfte einholt und Unterlagen bezieht, auch soweit sie hinsichtlich der geltend gemachten Gesundheitsstörungen von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt sind. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |   |
| 10.3 | Soweit die von mir beigelegten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich ebenfalls damit einverstanden, dass das Versorgungsamt wie unter 10.2 beschrieben den Sachverhalt weiter aufklärt.<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Folgende Ärztinnen/Ärzte, Einrichtungen bzw. Stellen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus:<br><input type="text"/>   |   |
| 10.4 | Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die dem Versorgungsamt mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X). Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit widersprechen kann.   |   |
|      | <b>Dem Antrag füge ich bei:</b><br><input type="checkbox"/> 1 Lichtbild aus neuester Zeit (45 x 35 mm im Hochformat ohne Rand, mit Ihrem Namen auf der Rückseite) - nur erforderlich ab Vollendung des 10 Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises -<br><input type="checkbox"/> Ergänzungsbögen zum Antrag<br><input type="checkbox"/> .....<br>.....   | Ort <input type="text"/> Datum <input type="text"/><br><br>.....<br>.....<br><b>Unterschrift</b><br>der Antragstellerin/des Antragstellers<br>und/oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers |