



An das  
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

<b>Geschäftszeichen</b>	Vorgang nicht vorhanden Daten erfasst am
-------------------------	---

## Änderungs-Antrag

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

auf Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)

auf Feststellung des/der Merkzeichen(s)

**G** (erheblich gehbehindert)

**H** (hilflos)

**GL** gehörlos

**BI** (blind)

**B** (Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel)

**aG** (außergewöhnlich gehbehindert)

**RF** (erheblich hör- oder sehbehindert oder dauernd an die Wohnung gebunden)

**1. Kl.** (1. Wagenklasse bei Bahnreisen für Kriegsgeschädigte/NS-Verfolgte)

**TBI** („taubblind“)

#### 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

Freiwillige Angaben

Telefon (tagsüber)

E-Mail-Adresse (falls vorhanden)

Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des gesetzlichen Vertreters/Betreuers angeben. Im Falle einer Betreuung bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen!

Ich bin erwerbstätig    ja            nein

Mein Arbeitsplatz ist akut gefährdet                    ja            nein

### Krankenversicherung

Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung/Krankenkasse an

### Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID)

Wenn Sie Nachteilsausgleiche bei der Lohn-oder Einkommenssteuer (Pauschbetrag für behinderte Menschen) geltend machen wollen, müssen Sie hier Ihre Steuer-Identifikationsnummer (Steuer-ID) angeben!

## Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

Welche der bereits im letzten Bescheid festgestellten körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) **Beeinträchtigung(en)** haben sich verschlimmert?

Ursachenschlüssel

1.

2.

3.

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

Ursachenschlüssel

4.

5.

6.

### Ursachenschlüssel

01	angeborene Gesundheitsstörung
02	Arbeitsunfall/Berufskrankheit (dem Unfallversicherungsträger gemeldet)
04	Verkehrsunfall
05	häuslicher Unfall

06	sonstiger Unfall
07	Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigung
09	sonstige Krankheit (auch Impfschaden)
10	sonstige Ursache

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.

