



5 Bei Minderjährigen unter 15 Jahren und Personen, für die ein Betreuer mit entsprechendem Aufgabenkreis bestellt ist, bitte Zu- und Vorname sowie Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des Betreuers angeben und ggf. Betreuerausweis (in Ablichtung) vorlegen:

Zu- und Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

6 Erwerbstätigkeit:  
Ich bin berufstätig Nein  Ja

**II. Angaben zu den zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen**

1 Welche länger als sechs Monate andauernden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen werden von Ihnen geltend gemacht? Bitte kreuzen Sie auch die Ursache an.

	angeborene Gesundheitsstörung	der Berufsgenossenschaft gemeldeter Arbeitsunfall oder Berufskrankheit	Verkehrsunfall	häuslicher Unfall	sonstiger Unfall	Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Folge einer Gewalttat	sonstige Krankheit	sonstige Ursache
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

**Achtung: Bei Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung oder Folge einer Gewalttat bitte auch Nummer II.3a ausfüllen.**

2 Soll Ihr Antrag **alle** bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen? Nein  Ja

Wenn Sie **Nein** angekreuzt haben: Beachten Sie, dass die nicht umfassten Gesundheitsstörungen bei der Bewertung des GdB nicht berücksichtigt werden können, und beantworten Sie bitte folgende Frage:

Welche Gesundheitsstörungen sollen **nicht** berücksichtigt werden?

\_\_\_\_\_

3a Hat das Amt für Versorgung und Familienförderung oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger (z.B. Berufsgenossenschaft, Pflegekasse) oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung zu Ihren gesundheitlichen Verhältnissen/zu einzelnen Gesundheitsstörungen und zum Grad der Behinderung (GdB) bzw. zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen oder besitzen Sie eine vorläufige Bescheinigung von einer dieser Stellen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Nein  Ja

Höhe des/der festgestellten GdB/MdE	Bezeichnung der Verwaltungsbehörde, des Sozialversicherungsträgers oder des Gerichts	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung, ggf. Tag des Unfalls

3b Erhalten Sie Rente wegen Erwerbsminderung, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig?

Nein  Ja

Anschrift des Sozialversicherungsträgers	Aktenzeichen

**3c** Erhalten Sie Leistungen von Ihrer Pflegekasse bzw. -versicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt (evtl. auch abgelehnt)?

Nein  Ja

Wenn **Ja**, bitte Aktenzeichen/Geschäftszeichen und Pflegekasse bzw. -versicherung angeben: \_\_\_\_\_

**4** Derzeitige Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse oder -versicherung bzw. Pflegekasse oder -versicherung

Name und Anschrift der Kasse oder Versicherung	Mitgliedsnummer / Geschäftszeichen

**5** Falls Sie blind oder fast erblindet sind:

Haben Sie bereits einen Antrag nach dem Bayer. Blindengeldgesetz gestellt? Nein  Ja

Wenn **Ja**: Geben Sie bitte das Aktenzeichen an: \_\_\_\_\_

Wenn **Nein**: Wünschen Sie, dass wir ein Verfahren nach dem Bayer. Blindengeldgesetz einleiten? Nein  Ja

**6** Bei besonderer Gehbehinderung: Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl? Nein  Ja

### III. Angaben über ärztliche Behandlungen

**1** Name und Anschrift Ihres Hausarztes

--

**2** Bei welchen Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?

von – bis	Name und Anschrift des Arztes	Fachgebiet	Wegen Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

**3** Krankenhausbehandlung in den letzten 5 Jahren:

von – bis (genaues Datum des Aufnahme- und Entlassungstages)	Name und Anschrift des Krankenhauses, der Abteilung/ Station oder des Chef-/ Stationsarztes	Bitte angeben: A = ambulant S = stationär Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

**4a** Kurbehandlung in den letzten 5 Jahren:

von – bis	Name und Anschrift der Kurklinik	Kostenträger, Aktenzeichen

**4b** Welcher der o. g. Ärzte hat den Kurabschlussbericht erhalten?

\_\_\_\_\_

**5** Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Pflegeheim) befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen

▶ Bitte senden Sie auch eventuell in Ihren Händen befindliche Unterlagen ein. ◀

**IV. Im Falle der Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises**

**Nur für Antragsteller, die nicht am Sitz des Amtes für Versorgung und Familienförderung wohnen:**

Ihren Schwerbehindertenausweis erhalten Sie nach getroffener Entscheidung von Ihrer Gemeindeverwaltung. Falls Sie aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihren Ausweis nicht dort, sondern bei Ihrem Amt für Versorgung und Familienförderung abholen wollen, kreuzen Sie bitte nachstehendes Kästchen an.

**Ich möchte den Schwb-Ausweis nicht bei meiner Gemeinde, sondern beim Amt für Versorgung und Familienförderung abholen.**

(Reisekosten werden nicht erstattet.)

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses bei Ausländern/Grenzarbeitnehmern und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Familienförderung in diesem Verwaltungsverfahren und einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren die für die Feststellung nach dem Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen und Sozialleistungsträgern und ihren Ärztlichen Diensten (z. B. Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen bei der Feststellung nach dem SGB IX zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für Aufgaben des Amtes für Versorgung und Familienförderung im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Gutachter oder Sozialleistungsträger (z. B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB IX) und ich dem widersprechen kann.

Als Unterlagen sind beigelegt:  
3 unterschriebene  
Einverständniserklärungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

**bei Vertretung:**

als gesetzlicher Vertreter

als bevollmächtigter Vertreter oder Betreuer  
Vollmacht bzw. Betreuerausweis bitte beifügen

**Bitte alle 3 Einverständniserklärungen ausfüllen, unterschreiben und mit dem Antrag zurücksenden!**

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:  _____
----------------------------

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Familienförderung in diesem Verwaltungsverfahren und einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren die für die Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht (Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch –)/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen und Sozialleistungsträgern und ihren Ärztlichen Diensten (z. B. Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankens-papiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht beizieht. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen Angaben im Fragebogen ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für Aufgaben des Amtes für Versorgung und Familienförderung im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:  _____
----------------------------

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Familienförderung in diesem Verwaltungsverfahren und einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren die für die Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht (Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch –)/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen und Sozialleistungsträgern und ihren Ärztlichen Diensten (z. B. Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankens-papiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht beizieht. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen Angaben im Fragebogen ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für Aufgaben des Amtes für Versorgung und Familienförderung im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:  _____
----------------------------

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Familienförderung in diesem Verwaltungsverfahren und einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren die für die Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht (Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch –)/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen und Sozialleistungsträgern und ihren Ärztlichen Diensten (z. B. Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit, Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankens-papiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht beizieht. Ich bin auch einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen Angaben im Fragebogen ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten, die für Aufgaben des Amtes für Versorgung und Familienförderung im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX/Recht der sozialen Entschädigung/Bayer. Blindengeldgesetz bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_