

An das
 Amt für soziale
 Angelegenheiten

Bitte für amtliche Zwecke freihalten
Daten erfaßt am mit - ohne - maschin. Eingangsbestätigung

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		
Aktenzeichen des Versorgungsamtes		

Änderungsantrag

Ich beantrage die Feststellung

1. eines höheren Grades der Behinderung (GdB)
2. des Merkzeichens

BI (Blindheit)

H (Hilflosigkeit)

aG (außergewöhnlich Gehbehindert)

1.Kl. (Benutzung der 1. Wagenklasse
bei Bahnreisen)

G ("erheblich Gehbehindert)

B (ständige Begleitung in öffentlichen
Verkehrsmitteln)

RF (Befreiung von der Rufgebühre-
pflicht / Telefongebührenermäßigung)

Ihre Angaben sind für die Antragsbearbeitung notwendig und werden von uns aufgrund der §§ 1, 4 und 53 des Schwerbehindertengesetzes, des § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) I, des § 21 SGB X und des § 12 Verwaltungsverfahrensgesetz KVO erhoben. Die zur Bearbeitung notwendigen Daten speichern wir mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage. Rechtsgrundlage hierfür ist §9 des Bundesdatenschutzgesetzes.

Meine nachfolgenden Angaben beziehen sich auf den **Zeitraum nach Ihrer letzten Feststellung** vom

Welche der im letzten Bescheid bereits festgestellten Behinderungen haben sich geändert?

Welche Behinderungen sind seit der letzten Feststellung hinzugekommen?	Bitte Ursachenschlüssel eintragen
a)	
b)	
c)	

Ursachenschlüssel:

01 = angeborene Behinderung

02 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebsunfall), Berufskrankheit

03 = _____

04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall

05 = häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall

06 = sonstiger oder nicht näher bezeichneter Unfall

Fahren Sie ein Kraftfahrzeug selbst?

ja

nein

07 = Anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung

08 = _____

09 = sonstige Krankheit

(einschl. Impfschaden, ohne Berufskrankheit)

10 = sonstige Ursache oder mehrere Ursachen

Standen/Stehen Sie wegen dieser Behinderung in ambulanter Behandlung? ja nein

von - bis	Name, Anschrift des behandelnden Arztes	Facharzt für	Wegen folgender Behinderung

Hausarzt ist seit Herr/Frau Dr. med.
Praxis: () Straße:
Der Hausarzt hat
sämtliche Facharztberichte nur die Berichte von
Dr. med.
Dr. med.

Hat wegen dieser Behinderung eine Krankenhausbehandlung stattgefunden? ja nein

von - bis	Name, Anschrift des Krankenhauses	Abteilung/Station	Wegen folgender Behinderung

Ist seit der letzten Feststellung eine Badekur / ein Heilverfahren durchgeführt worden?

ja nein

von - bis	Anschrift der Kuranstalt / Sanatoriums	Kostenträger	Geschäftszeichen

Hat seit der letzten Feststellung eine Untersuchung durch / für "amtliche Stellen" (z.B. Bundesversicherungsanstalt, Landesversicherungsanstalt, Knappschaft, Berufsgenossenschaft, Arbeitsamt, Dienstherrn usw.) stattgefunden? ja nein

Zeitpunkt der Untersuchung	Zweck der Untersuchung (z.B. Feststellung von Berufs-, Erwerbs-, Dienstunfähigkeit)	Untersuchung erfolgte für (z.B. BfA, LVA)	Geschäftszeichen dieser Stelle

Bei welcher Krankenkasse sind Sie krankenversichert? (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten.)

Krankenkasse:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß die zur Bearbeitung notwendigen Auskünfte bei den von mir benannten Ärzten, Krankenanstalten und Behörden eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, daß die dort geführten Unterlagen, falls erforderlich, zur Einsichtnahme beigezogen werden (z.B. Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe etc.). Von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus: (Arzt, Einrichtung, Unterlagen)

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu und entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

(Datum)

(Unterschrift)

Für eventuelle Rückfragen bin ich tagsüber telefonisch zu erreichen unter Tel.-Nr.

Bei Anschriftenänderung: Meine neue Adresse ist:

Folgende Unterlagen füge ich bei:

(Datum)

(Unterschrift)