



An das  
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

<b>Geschäftszeichen</b>	Vorgang nicht vorhanden  Daten erfasst am mit ohne masch. Eing.-Best.
-------------------------	--

## Änderungs-Antrag

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

auf Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)

auf Feststellung des/der Merkzeichen(s)

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>G</b> (erheblich gehbehindert)   | <b>GL</b> gehörlos       |
| <b>aG</b> (außergewöhnlich gehbehindert)  | <b>BI</b> (blind)        |
| <b>H</b> (hilflos)  | <b>TBI</b> („taubblind“) |
| <b>B</b> (Notwendigkeit ständiger Begleitung bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel) |                          |
| <b>RF</b> (erheblich hör- oder sehbehindert oder dauernd an die Wohnung gebunden)       |                          |
| <b>1. Kl.</b> (1. Wagenklasse bei Bahnreisen für Kriegsgeschädigte/NS-Verfolgte)        |                          |

#### 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!

Steuer-ID (11-stellig)

### 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	06	sonstiger Unfall
02	Arbeitsunfall/Berufskrankheit (dem Unfallversicherungsträger gemeldet)	07	Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigung
04	Verkehrsunfall	09	sonstige Krankheit (auch Impfschaden)
05	häuslicher Unfall	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.

