

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

	angeborene Gesundheitsstörung	Arbeitsunfall/Berufskrankheit (dem Unfallversicherungsträger gemeldet)	Verkehrsunfall	häuslicher Unfall	sonstiger Unfall	Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Folgen einer Gewalttat	sonstige Krankheit	sonstige Ursache
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

6 Soll Ihr Antrag alle bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen? Ja Nein

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:

7 Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl? Ja Nein

8 Name und Anschrift des Hausarztes

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

von – bis	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	wegen Gesundheitsstörung Nr.	Befinden sich diese Unterlagen beim Hausarzt?

10 Krankenhaus- und Reha-Behandlung in den letzten fünf Jahren:

von – bis (genaues Datum des Aufnahme- u. Entlassungstages)	Name und Anschrift des Krankenhauses bzw. der Kuranstalt Abteilung/Station oder Chef- /Stationsarzt Kostenträger der Reha-Maßnahme; Aktenzeichen	Bitte angeben A = ambulant S = stationär Gesundheitsstör. Nr.	Befinden sich diese Unter- lagen beim Hausarzt?

Sind Reha- oder Krankenhausbehandlungen vorgesehen? Nein Ja, in ab

11 Hat ein Versorgungsamt oder eine andere Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft) oder ein Gericht bereits einmal eine Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen / zu einzelnen Gesundheitsstörungen und zum Grad der Behinderung (GdB) bzw. zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Nein Ja

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

Übersenden Sie bitte die Ihnen vorliegenden Gutachten und Bescheide anderer Verwaltungsbehörden, Sozialversicherungsträger oder Gerichte (in Kopie).

12 Erhalten Sie Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger oder sind Klagen beim Sozialgericht anhängig?

Nein Ja Ich erhalte Rente ab

Anschrift des Sozialversicherungsträgers	Aktenzeichen

13 Falls Sie blind sind oder Ihre Sehschärfe auf dem besseren Auge **nach Korrektur** nicht mehr als **2 %** (1/50) beträgt oder eine damit vergleichbare andere Sehstörung vorliegt: Haben Sie bereits einen Antrag nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz gestellt?

Nein Ja

Wenn ja, geben Sie bitte das Aktenzeichen an:

Wenn nein: Ich beantrage Blindengeld nach dem Bayerischen Blindengeldgesetz Nein Ja

14 Derzeitige Zugehörigkeit zu einer Kranken- bzw. Pflegekasse oder Kranken- bzw. Pflegeversicherung

Name und Anschrift der Kasse oder Versicherung – Mitgliedsnummer/Geschäftszeichen

Haben Sie bei der Pflegekasse bzw. -versicherung Pflegeleistungen beantragt? Nein Ja, am

Wenn ja: der Antrag wurde abgelehnt der Antrag wurde bewilligt: Pflegestufe ab

über den Antrag wurde noch nicht entschieden Untersuchungstermin:

15 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Agenturen für Arbeit) befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen	Jahr der Untersuchung

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

16 Nur für Antragsteller, die **nicht** am Sitz des Versorgungsamtes wohnen:

- Ich möchte den Schwerbehindertenausweis nicht bei meiner Gemeinde, sondern beim Versorgungsamt abholen. (Reisekosten werden nicht erstattet)

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

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Kliniken, Sozialleistungsträger usw.) Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekannt geben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, 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.

Als Unterlagen werden beigelegt:
3 unterschriebene Einverständniserklärungen

Datum

Unterschrift

bei Vertretung:

als gesetzlicher Vertreter/Betreuer
bitte ggf. Betreuerausweis beifügen

als bevollmächtigter Vertreter
bitte Vollmacht beifügen

Besuchen Sie uns im Internet: www.zbfs.bayern.de

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

Zu- und Vorname: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Aktenzeichen:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Kliniken, Sozialleistungsträger usw.) Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekannt geben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, 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 Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Kliniken, Sozialleistungsträger usw.) Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekannt geben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, 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 Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Kliniken, Sozialleistungsträger usw.) Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekannt geben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, 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: _____