

An das Amt für soziale Angelegenheiten <div style="text-align: center;">56065 Koblenz</div> (Postleitzahl, Ort)	Geschäftszeichen: <hr/>	Bitte für amtliche Zwecke freilassen! <input type="checkbox"/> Daten erfasst am mit –ohne- maschinelle Eingangsbe- stätigung <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	--

Änderungs-Antrag
nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Ich beantrage die Feststellung

eines höheren Grades der Behinderung (GdB)
 der gesundheitlichen Voraussetzungen des Merkzeichens

G (erhebliche Gehbehinderung)
 B (Notwendigkeit ständiger Begleitung bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel)
 aG (außergewöhnliche Gehbehinderung)
 H (Hilflosigkeit)
 RF (Befreiung von Rundfunk-/Fernsehgebührenpflicht/Telefonermäßigung-„Sozialanschluss“-)
 GI (Gehörlosigkeit)
 Bl (Blindheit)
 1. Kl. (Nutzung der 1. Wagenklasse bei Bahnreisen für Kriegsbeschädigte/NS-Verfolgte mit MdE ab 70 v.H.)

Allgemeine Hinweise:

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen zur Beschleunigung der Beantragung Ihres Antrages sorgfältig und vollständig. Ihre Angaben sind für die Bearbeitung notwendig. Sie sind dazu auch verpflichtet. Wer Sozialhilfeleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle für die Sachaufklärungen erforderlichen Tatsachen anzugeben. Dies gilt für das Verfahren nach § 69 SGB IX entsprechend. Außerdem sollen Sie nach § 21 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) bei der Ermittlung des Sachverhaltes mitwirken, insbesondere Ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Soweit und solange es zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgabe aus § 69 SGB IX notwendig ist, werden Ihre Sozialdaten gespeichert. Rechtsgrundlage ist § 67c SGB X.

Haben Sie selbst Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurzschlussgutachten, EKG, Labor- oder Röntgenbefunde)? Dann fügen Sie diese Bitte dem Antrag bei! Dadurch können Sie zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen.

Angaben zur Person:

Vor- und Zuname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum:	Telefonnummer (tagsüber):
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt-Anschrift:-		
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist , bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des gesetzlichen Vertreters/Betreuer angeben: Im Falle einer Betreuung bitte Kopie der Bestellurkunde beifügen:		

Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/>
Krankenversicherung – Bitte Name und Anschrift angeben -:
Rentenversicherung – Bitte Versicherungsnummer angeben-:

Angaben zur Behinderung:

Welche im letzten Feststellungsbescheid bereits berücksichtigten Beeinträchtigungen haben sich **verschlimmert**?

1	
2	
3	

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

Bitte **Ursachenschlüssel** (s.u.) eintragen:

1		
2		
3		

Ursachenschlüssel

- | | |
|--|---|
| 01= Angeborene Behinderung | 06= Sonstiger oder nicht näherer bezeichneter Unfall |
| 02= Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebs-
wegeunfall), Berufskrankheit | 07= Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivilrechts-
beschädigung |
| 03= | 08= |
| 04= Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall | 09= Sonstige Krankheit (einschl. Impfschaden),
ohne Berufskrankheit |
| 05= Häuslicher Unfall, soweit nicht Arbeitsunfall | 10= Sonstige Ursachen oder mehrere Ursachen |

Sollen außer der (den) von Ihnen jetzt angegebenen Beeinträchtigung(en) weitere Gesundheitsstörungen, die evtl. im Rahmen der Sachaufklärung festgestellt werden, in die Prüfung Ihres Antrages einbezogen werden?

- Ich bitte um Berücksichtigung **aller** festgestellten Beeinträchtigungen
- Es sollen nur die oben angegebenen Beeinträchtigungen berücksichtigt werden.

Beziehen Sie eine der folgenden Leistungen oder haben/hatten Sie diese beantragt?	
- Leistungen einer Pflegekasse wegen Schwerpflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz oder Landespflegegesetz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
- Blindengeld nach dem Landesblindengesetz	
Falls ja, Behörde/Dienststelle/Versicherung, Anschrift, Geschäftszeichen :	
Wurden Sie wegen eines Rentenantrages in den letzten 3 Jahren von einer Landesversicherungsanstalt, der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Knappschaft, landwirtschaftlichen Alterskassen etc. untersucht?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von (Behörde/Dienststelle, Anschrift, Geschäftszeichen)	

Angaben zu ärztlichen Behandlungen in den letzten 3 Jahren:

Hausarzt/Hausärztin

Name:	Seit:	Telefonnummer:
Anschrift:		

Fachärztinnen/Fachärzte:

Name:	Fachgebiet:
Anschrift:	
Behandlung von _____ bis _____ wegen der auf Seite 2 angegebenen	
Beeinträchtigung(en) Nr. 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)	
Name:	Fachgebiet:
Anschrift:	
Behandlung von _____ bis _____ wegen der auf Seite 2 angegebenen	
Beeinträchtigung(en) Nr. 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)	
Name:	Fachgebiet:
Anschrift:	
Behandlung von _____ bis _____ wegen der auf Seite 2 angegebenen	
Beeinträchtigung(en) Nr. 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> (bitte ankreuzen)	
Hat auch Ihre Hausärztin/ Ihr Hausarzt diese Unterlagen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Krankenhausbehandlungen, Kuren/Heilverfahren in den letzten 3 Jahren:

von – bis	Name/Anschrift	Abteilung/ Station	Wg. der auf Seite 2 ange- gebenen Beeinträchti- gung(en) Nr.
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

Hat auch Ihre Hausärztin/ Ihr Hausarzt diese Unterlagen? Ja Nein

Kostenträger der Kur/ des Heilverfahrens war:

Geschäftszeichen:

Wo könnten sich weitere ärztliche Unterlagen aus den **letzten 3 Jahren** über die auf **Seite 2** angegebenen Beeinträchtigungen befinden (z.B. Gesundheitsamt, Arbeitsamt, Werkarzt etc.)?
Beim:

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Verwaltungsverfahren die notwendigen Auskünfte bei den von mir benannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch private), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, dass die dort geführten Unterlagen (z.B. Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe, etc.) im erforderlichen Umfang beigezogen werden.

Von dieser Einverständniserklärung **schließe ich ausdrücklich aus:**

.....
- Bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen-

Ich stimme der Verwendung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen von Ihrer Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Sozialdaten, die in diesem verwaltungsverfahren bekannt geworden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67c SGB X) und
- für eigene gesetzlich soziale Aufgaben, aber auch an anderer Stelle im Sinne des § 35 SGB I (z.B. Krankenkasse, Arbeitsamt, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben nach § 69 Abs.1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs.2 SGB X übermittelt werden dürfen, **falls ich nicht ausdrücklich widerspreche.**

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift für die Einverständniserklärung)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift für Antrag)

Folgende Unterlagen füge ich bei: Passbild Aktuelle ärztliche Unterlagen (siehe Seite 1)