

An das  
 Amt für Versorgung und  
 Familienförderung  
 – Versorgungsamt –

Aktenzeichen

– bitte bei allen Zuschriften angeben –

Eingangsstempel des AVF

Zutreffendes ankreuzen  oder ausfüllen

**Hinweis zum Datenschutz nach § 67a Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X):**

Ihre Angaben sind zur korrekten Bearbeitung Ihres Antrages bzw. zur Überprüfung Ihrer Behinderungsangelegenheit erforderlich. Sie sind freiwillig. Wenn Sie keine oder unvollständige Angaben machen, kann jedoch unter Umständen der Grad der Behinderung nicht oder nicht mehr in der richtigen Höhe bzw. können eigentlich zustehende Merkzeichen eventuell nicht oder nicht mehr festgestellt werden. Gegebenenfalls wird dadurch auch eine Besserung Ihres Gesundheitszustandes nahegelegt. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet.

**Antrag**

auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB).

auf Eintragung des/der Merkzeichen(s) \_\_\_\_\_ in den Ausweis.

**Nachprüfung von Amts wegen**

Wir müssen nachprüfen, ob in den Verhältnissen, die für die Feststellung im Bescheid vom \_\_\_\_\_ maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung eingetreten ist.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die Zeit ab unserer letzten Feststellung sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – und senden Sie die ggf. anliegende(n) Einverständniserklärung(en) ausgefüllt und unterschrieben zurück. Anlage(n): \_\_\_\_\_ Einverständniserklärung(en).

**Fügen Sie bitte diesem Antrag alle in Ihren Händen befindlichen Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde) bei! Sie können dadurch zu einer beschleunigten Bearbeitung und Entscheidung beitragen.**

**Soweit in einzelnen Abschnitten der Platz für die Eintragungen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.**

<b>1</b>	Zu- und Vorname – ggf. Geburtsname	Geburtsdatum	tagsüber telefonisch erreichbar unter ( )
	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort	Kreis	Gemeinde (nur bei Abweichung vom Wohnort)

  

<b>2</b> Welche der berücksichtigten Gesundheitsstörungen haben sich <b>verschlimmert</b> ?	Wie äußert sich die Verschlimmerung?

  

<b>3</b> Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung <b>neu</b> aufgetreten? Bitte kreuzen Sie auch die jeweilige Ursache an.																																																							
<input type="checkbox"/> Der Antrag bzw. die Nachprüfung von Amts wegen soll sich <b>nicht</b> auf die Gesundheitsstörung(en) Nr. _____ erstrecken. Sie werden dann auch nicht bei der Feststellung des GdB berücksichtigt.																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">angeborene Gesundheitsstörung</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">der Berufsgenossenschaft gemeldeter Arbeitsunfall oder Berufskrankheit</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Verkehrsunfall</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">häuslicher Unfall</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">sonstiger Unfall</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung; Folge einer Gewalttat</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">sonstige Krankheit</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">sonstige Ursache</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>		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									
	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																																																							

**4 Hat seit unserer letzten Entscheidung** eine Behörde, ein Sozialversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft, Pflegekasse) oder ein Gericht eine Feststellung zu Ihren gesundheitlichen Verhältnissen/zu einzelnen Gesundheitsstörungen getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Nein  Ja

Behörde/Gericht/Sozialversicherungsträger	Aktenzeichen (ggf. Unfalltag)	zu folgenden Gesundheitsstörungen

► Bitte Feststellungsbescheide oder -unterlagen beifügen. ◀

**5** Falls Sie blind oder fast blind sind:  
Wünschen Sie, dass wir ein Verfahren nach dem Bayer. Blindengeldgesetz einleiten?

Ja  Nein

**6** Name und Anschrift Ihres Hausarztes

--

**7** Ärztliche Behandlung seit unserer letzten Feststellung

von – bis	Name und Anschrift des Arztes	Fachgebiet	wegen folgender Gesundheitsstörung	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

**8** Krankenhausbehandlung seit unserer letzten Feststellung

von – bis (genaues Datum des Aufnahme- u. Entlassungstages)	Name und Anschrift des Krankenhauses Abteilung/Station oder Chef-/Stationsarzt	wegen folgender Gesundheitsstörung	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

**9** Kurbehandlung seit unserer letzten Feststellung

von – bis	Name und Anschrift der Kurklinik	Name und Anschrift des Kostenträgers, AktENZEICHEN	wegen folgender Gesundheitsstörung	Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?

**10** 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. ◀

**11** Zugehörigkeit zu Kranken- bzw. Pflegekassen oder Kranken- bzw. Pflegeversicherungen

von – bis	Name und Anschrift der Kasse oder Versicherung – Mitgliedsnummer/Geschäftszeichen

**12** Bei besonderer Gehbehinderung:  
Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?

Ja  Nein

**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/Grenzpendlern) 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 Schwerbehindertenrecht 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, Krankengeschichten, 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 SchwBG 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 XI i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Soweit sich bei der Nachprüfung von Amts wegen eine wesentliche Verschlechterung meiner festgestellten Behinderung ergibt, bitte ich, dieses Schreiben als Antrag anzusehen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ An Unterlagen sind beifügt: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_