



Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration
Versorgungsamt Hamburg
Adolph-Schönfelder-Str. 5, 22083 Hamburg
Telefon: 0 40/4 28 63-0 Fax: 0 40/4 27 96 10 86
E-Mail: FS55@basfi.hamburg.de
Internet: <http://www.hamburg.de/versorgungsamt>

Wird vom Versorgungsamt ausgefüllt

<i>Aktenzeichen</i>	<i>Eingangsstempel</i>
<i>Daten erfasst:</i>	
<i>Datum, Namenszeichen</i>	

Öffnungszeiten

Montag und Donnerstag 8 - 16 Uhr

Service-Point - zentrale Auskunft 4. OG

Dienstag und Mittwoch 8 - 16 Uhr, Freitag 8 - 13 Uhr

Neufeststellungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX)

Alle Angaben bitte in Blockschrift

Frühere Anträge nach dem Schwerbehindertenrecht SGB IX

Ich habe bereits eine Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht:

Versorgungsamt	Grad der Behinderung (GdB)	Geschäftszeichen
----------------	----------------------------	------------------

Antragstellerin / Antragsteller

Familienname	Geburtsdatum
Vorname	männlich weiblich
Geburtsname	Staatsangehörigkeit:
Namenszusatz	Hinweis: Als ausländischer Mitbürger bitte Kopien über den Aufenthaltstitel sowie Angaben zur Person und Passgültigkeit beifügen.
Titel/akademischer Grad	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Wohnort
Telefon	E-Mail
Sind Sie erwerbstätig? ja nein	

Gesetzlicher Vertreter / Betreuer / Bevollmächtigter (Postempfänger)

gesetzlicher Vertreter	Betreuer (Betreuerausweis und Betreuungsgutachten bitte in Kopie beifügen)	Bevollmächtigter
Familienname	Vorname	
Namenszusatz	Verband / Firma / Aktenzeichen	
Titel/akademischer Grad		
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Wohnort	
Telefon	E-Mail	

Feststellungen anderer Stellen

(z.B. der Berufsgenossenschaft / Landesunfallkasse, des Versorgungsamtes – Schädigung als Soldat, Gewaltopfer, o. Ä. - bitte fügen Sie Kopien des entsprechenden Bescheides bei)

	Stelle und Geschäftszeichen	Anschrift
Arbeitsunfall		
Berufskrankheit		
Schädigungsfolgen		

Hinweis: Sie können die Dauer des Verfahrens verkürzen, wenn Sie bereits in Ihrem Besitz befindliche ärztliche Unterlagen z.B. Entlassungsberichte und Röntgenbefunde (bitte keine Röntgenbilder) o. Ä. in Kopie beifügen.

Verschlimmerte Gesundheitsstörungen (und Behandlungen während der letzten zwei Jahre)

1. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
2. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
3. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.

Neue Gesundheitsstörungen (und Behandlungen während der letzten zwei Jahre)

1. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.

2. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.

3. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.

Hausarzt:

Gutachten aus den letzten zwei Jahren

(Sozialversicherung, PÄD, Gesundheits- oder Grundsicherungsamt, Eingliederungshilfe, Agentur für Arbeit, Schule, Ausbildung)

Stelle und Aktenzeichen	Anschrift	Datum der Untersuchung

Pflegeversicherung

Wurde von der Pflegeversicherung (Krankenkasse) eine Pflegestufe festgestellt oder läuft ein Antrag?		nein
ja	Pflegestufe: Entscheidung vom:	Antrag vom:
Pflegekasse / -versicherung mit Anschrift	Versicherungsnummer	

Rentenversicherung / Krankenkasse

Rentenversicherung (Name, Anschrift, Versicherungsnummer)
Krankenkasse (Name, Anschrift, Versicherungsnummer)

Ich beantrage die Feststellung der angekreuzten Merkzeichen:

- G** (erhebliche Gehbehinderung)
- B** (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson)
- aG** (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- Bl** (Blind)
- Gl** (Gehörlos)
- H** (Hilflosigkeit)
- RF** (gesundheitliche Voraussetzung für Rundfunkgebührenbefreiung)
- TBl** (Taubblind)

Nur für Kriegsbeschädigte und Entschädigungsberechtigte

1.Kl. (Benutzung der 1. Wagenklasse)

Wichtige Hinweise:

Aufgrund Ihrer Angaben werden wir medizinische Befunde einholen, soweit Sie uns diese nicht bereits zur Verfügung gestellt haben, und durch den Ärztlichen Dienst der Behörde auswerten lassen. Eine Untersuchung ist nur in seltenen Ausnahmefällen erforderlich. Die Bearbeitung Ihres Antrags wird einige Zeit in Anspruch nehmen, wobei die Dauer unter anderem auch davon abhängt, wie zügig uns angeforderte Befundberichte übersandt werden. Ihre mitgeteilten persönlichen Daten werden elektronisch gespeichert.

Einwilligungserklärung (§ 12 Abs. 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung, §§ 67 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt Hamburg
- die medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen oder privaten Pflegeversicherungsunternehmen in dem Umfang beizieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegende Gesundheitsstörung geben können, und
- die für die Feststellung erforderlichen sonstigen Unterlagen und Auskünfte (z.B. von Meldebehörden, von der Agentur für Arbeit) einholt.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Versorgungsamtes Hamburg darauf ausgerichtet ist, zu meinen Gunsten **alle** in Betracht kommenden Gesundheitsstörungen und weiteren gesundheitlichen Merkmale festzustellen. Zu diesem Zweck holt es alle notwendigen medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie Auskünfte bei Ärzten, ggf. deren Praxisnachfolgern und anderen Stellen ein, die im Antrag aufgeführt sind, während des Feststellungsverfahrens dem Versorgungsamt Hamburg bekannt werden oder sonst bekannt sind. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Sofern ich damit nicht einverstanden bin, habe ich Beschränkungen dieser Einwilligung unten vermerkt.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen und Behandlungen.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte im Feststellungsverfahren zu und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Raum für etwaige Einschränkungen der Einwilligung:

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung und / oder Ausstellung eines Ausweises über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Hamburg, den

.....
Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters

Anlage:

- Kopie des Aufenthaltstitels und Passes
- Betreuernachweis/Vollmacht
- Bescheid(e) anderer Stellen
- medizinische Unterlagen
- Sonstiges: