



**Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales,
Familie und Integration**
Versorgungsamt Hamburg
Adolph-Schönfelder-Str. 5, 22083 Hamburg
Telefon: +49 40/4 28 63-0
Fax: + 49 40/42 79 61086
E-Mail: FS55@soziales.hamburg.de
Internet: www.hamburg.de/versorgungsamt

Wird vom Versorgungsamt ausgefüllt

Aktenzeichen	Eingangsstempel
Daten erfasst:	
Datum, Namenszeichen	

Persönliche Sprechzeiten:
 Nach Vereinbarung

Antragstellung auch im Internet möglich unter
serviceportal.hamburg.de



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 <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Geburtsname	Staatsangehörigkeit:
Namenszusatz	<u>Hinweis:</u> Als ausländische/r Mitbürger/in 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Gesetzliche Vertretung / Betreuung / Bevollmächtigung (Postempfänger/in)

<input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/in <input type="checkbox"/> Betreuer/in (Betreuerausweis und Betreuungsgutachten bitte in Kopie beifügen) <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	
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
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall		
<input type="checkbox"/> Berufskrankheit		
<input type="checkbox"/> Schädigungsfolgen		

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

Verschlimmerte Gesundheitsstörungen (und Behandlungen während der letzten zwei Jahre)

1. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
2. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
3. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.

Neue Gesundheitsstörungen (und Behandlungen während der letzten zwei Jahre)

1. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Station
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		

2. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Station
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		

3. Gesundheitsstörung (bitte benennen)		
Behandelnde/r Ärztin/Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Station
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik)	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<input type="checkbox"/> ambulant		
<input type="checkbox"/> stationär		

Hausärztin/Hausarzt (Name/Anschrift):

Wegen welcher Gesundheitsstörungen waren/sind Sie in hausärztlicher Behandlung?

Letzte Untersuchung/Behandlung am:

Gutachten aus den letzten zwei Jahren

(z. B. Sozialversicherung, Personalärztlicher Dienst, Gesundheits- oder Grundsicherungsamt, Eingliederungshilfe, Agentur für Arbeit, Schule, Ausbildung)

Stelle und Aktenzeichen	Anschrift	Datum der Untersuchung

Pflegeversicherung

Wurde von der Pflegeversicherung (Krankenkasse) ein Pflegegrad festgestellt oder läuft ein Antrag? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegegrad:	Entscheidung vom:
Pflegekasse / -versicherung mit Anschrift	Antrag vom:
	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** (Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht)
- TBl** (Taubblind)

Ein Merkzeichen wird festgestellt, sobald die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind. Zu Ihren Gunsten wird das Merkzeichen auch dann festgestellt, wenn Sie es nicht angekreuzt haben.

Ggf. Einschränkungen des Antrags:

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)

Mir ist bekannt, dass das Versorgungsamt Hamburg zur Entscheidung über meinen Antrag umfangreiche Informationen über meinen Gesundheitszustand benötigt. Damit ich nicht alle erforderlichen Unterlagen selbst beschaffen und dem Versorgungsamt Hamburg vorlegen muss, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt Hamburg

- medizinische Unterlagen (u.a. Entlassungsberichte, Befundberichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder) insbesondere von Ärzten (ggf. Praxisnachfolgern), Gutachtern, Therapeuten, Krankenhäusern, Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen sowie privaten Kranken- und Pflegeversicherungen in dem Umfang bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Gesundheitsstörungen geben können, und
- die für eine Entscheidung erforderlichen sonstigen Unterlagen und Auskünfte (z.B. von Meldebehörden, der Agentur für Arbeit) einholt.

Die Prüfung des Versorgungsamtes Hamburg ist darauf ausgerichtet, alle meine Gesundheitsstörungen zu berücksichtigen und neben dem Grad der Behinderung (GdB) auch alle in Betracht kommenden gesundheitlichen Merkmale (Merkzeichen) festzustellen. Damit das möglich ist, erkläre ich mich einverstanden, dass das Versorgungsamt Hamburg nicht nur die von mir im Antrag bzw. dem Fragebogen zur Nachprüfung von Amts wegen angegebenen Stellen anschreibt, sondern evtl. auch Unterlagen von Stellen anfordert, die ich dem Versorgungsamt Hamburg nicht explizit mitgeteilt habe.

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

Wenn ich mit Teilen dieser Erklärung nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen der Einwilligung unten vermerkt. Mir ist bekannt, dass ich nicht gezwungen oder gedrängt werden kann, meine Einwilligung zu erteilen und dass ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Wenn ich meine Einwilligung beschränke oder widerrufe, muss ich die zur Prüfung des Versorgungsamtes erforderlichen Unterlagen selbst beschaffen und vorlegen. Mir ist bewusst, dass das Versorgungsamt Hamburg ohne vollständige Unterlagen möglicherweise nicht alle meine Gesundheitsstörungen berücksichtigen kann und dadurch ggf. ein geringerer GdB oder keine bzw. weniger Merkzeichen festgestellt werden.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag bzw. dieser Nachprüfung von Amts wegen eingeleitete Verfahren und ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren.

Ich entbinde die oben genannten beteiligten Personen und Stellen 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 Schwerbehindertenausweises gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Hamburg, den

.....
Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Anlage(n):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopie des Personalausweises/Reisepasses | <input type="checkbox"/> Aufenthaltstitel |
| <input type="checkbox"/> Bescheid(e) anderer Stellen | <input type="checkbox"/> Betreuernachweis/Vollmacht |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> medizinische Unterlagen |

Bitte reichen Sie keine Originale ein. Die Unterlagen können nicht zurückgeschickt werden.