

**Änderungen nach  
§ 152 Sozialgesetzbuch  
- Neuntes Buch - (SGB IX)**

**Schwerbehindertenrecht**

**Az.:** \_\_\_\_\_

Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnden Arzt/Ärzte mit.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Landratsamt

**Änderungsantrag**

Ich beantrage:

die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen / neu aufgetretener Gesundheitsstörungen

die Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen **und zwar:**

- Merkzeichen „G“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)
- Merkzeichen „GI“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit)
- Merkzeichen „B“ (Freifahrt für eine Begleitperson, wenn eine Berechtigung zur Mitnahme besteht)
- Merkzeichen „aG“ (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
- Merkzeichen „H“ (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
- Merkzeichen „RF“ (Rundfunkbeitragsermäßigung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
- Merkzeichen „Bl“ (Blindheit)
- Merkzeichen „TBl“ (Taubblindheit)

**I. Angaben zur Person**

**- Bitte in Blockschrift ausfüllen -**

<p style="text-align: center;"><u>Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt!</u></p> <p><b>1. Name</b> _____</p> <p><b>Vorname</b> _____</p> <p><b>Geburtsdatum</b> _____</p> <p>tagsüber tel. zu erreichen unter: _____</p>	<p><b>2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt</b> (sofern geändert)</p> <p><b>Straße, Hausnummer:</b> _____</p> <p><b>Postleitzahl, Ort:</b> _____</p>
<p><b>3. Sind Sie erwerbstätig?</b> ja <input type="checkbox"/></p>	
<p><b>4. Aufenthaltsbescheinigung</b></p> <p>Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.</p> <p><input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Dauer-aufenthalt-EG/Aufenthalts-gestattung</p> <p>erteilt am _____ ggf.: gültig bis: _____</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> nur Duldung erteilt am _____ gültig bis _____</p> <p>Ausländerbehörde Im Auftrag</p> <p>_____ Datum, Stempel, Unterschrift</p>	
<p><b>Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger):</b> Bitte Pass (Kopie) vorlegen</p> <p>Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Landratsamt ein nicht weiterhin gültiger unbefristeter Aufenthaltstitel vorliegt.</p> <p><b>Grenzarbeitnehmer:</b></p> <p>Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeiterlaubnis bei.</p>	

## II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

<b>Welche</b> der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen haben sich <b>verschlimmert</b> oder sind seit der letzten Entscheidung <b>neu aufgetreten</b> ?	<b>Ursache:</b> z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, <b>Arbeits-</b> , Verkehrs-, häuslicher <b>Unfall</b> , Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen
①	
②	
③	
④	
⑤	
⑥	
2. Soll Ihr Antrag <b>alle Gesundheitsstörungen</b> , die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden - umfassen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die nicht zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderung einbezogen werden können.	

## III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

1. Hausarzt	wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen ( <b>Nr. 1-6 bitte ankreuzen</b> )		
Name:   Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	bitte Spalte <b>un-</b> <b>bedingt aus-</b> <b>füllen</b> 
2. Fachärzte / Fachrichtung			
Name/Fachrichtung:  Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	Überweisung durch den Hausarzt  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung:  Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung:  Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name/Fachrichtung:  Straße: PLZ/Ort:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Datum der letzten Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3. Krankenhausbehandlungen		wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis
Abteilung, Station:		_____
Straße:		<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> ambulant
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis
Abteilung, Station:		_____
Straße:		<input type="checkbox"/> stationär
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> ambulant
4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken		wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen)
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis
Straße:		_____
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> stationär
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):		<input type="checkbox"/> ambulant
Name:	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	Behandlungszeitraum von – bis
Straße:		_____
PLZ/Ort:		<input type="checkbox"/> stationär
Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung):		<input type="checkbox"/> ambulant

#### IV. Angaben zu früheren Feststellungen

Wurde bereits eine Entscheidung getroffen 1. von einem <b>Versorgungsamt / Landratsamt</b> oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührensamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und den darauf beruhenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen 2. von einer <b>Berufsgenossenschaft</b> über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    ggf. Unfalltag: _____ und Arbeitgeber: _____		
Gesundheitsstörungen	Verwaltungsbehörde / Leistungsträger	Geschäftszeichen des Vorgangs
3. Erhalten Sie <b>Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</b> aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____ <b>Anschrift und Versicherungsnummer</b> des Sozialversicherungsträgers: _____		

4. Erhalten Sie **Pflegegeld** oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Ja  Nein  Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegegrad:** \_\_\_\_\_ **Beginn der Leistung:** \_\_\_\_\_

**letzte Untersuchung:** \_\_\_\_\_

**Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse):**

5. Bei behinderten Kindern (**von den Eltern auszufüllen**):

Besucht Ihr Kind eine/n Behinderteneinrichtung/-kindergarten/-schule  oder eine/n Regelkindergarten bzw. Regelschule

**Bezeichnung und Anschrift:**

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bezogen?  Ja  Nein

6. Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen angefordert werden (z.B.: Blindenhilfe)?

**Bezeichnung und Anschrift:**

## V. Allgemeiner Hinweis

**Wenn Sie** diesem **Antrag** bereits ein **farbiges Passbild beifügen**, (Rückseite mit Namen beschriften) **wird Ihnen** bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) **der Ausweis direkt übersandt**, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.

## VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich **entbinde** Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer **Schweigepflicht** und **stimme** der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen **ausdrücklich zu**.

**Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses**

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch, SGB X) und ich **dem widersprechen** kann.

**Die beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. des  
Vertreters (**Vollmacht/ Bestallungsurkunde/**  
**Betreuerausweis – bitte Kopie – vorlegen**)

**Dem Antrag füge ich bei:**

- 1 farbiges Passbild aus neuerer Zeit (wird nicht zurückgesandt)  
 Kopien ärztlicher Befunde

## Hinweise zum Datenschutz

Informationen zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DS-GVO) und zum Schutz der Sozialdaten nach dem 2. Kapitel des Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X):

Ihre Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Landratsamt das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung nach § 152 SGB IX feststellen kann.

Ihre Angaben sind freiwillig. Sie sind jedoch nach § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet, das heißt, Sie müssen die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben machen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte geben. Feststellungen nach § 152 SGB IX können nach § 66 SGB I versagt oder entzogen werden bzw. kann der Antrag abgelehnt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Durchführung eines Feststellungsverfahrens nach § 152 SGB IX mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden. Sofern ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt wird, erfolgt eine Speicherung Ihres Passbildes für die Dauer von bis zu sechs Jahren. Sie können dieser Speicherung **widersprechen**.

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung ebenfalls **widersprechen**.

Ihre Rechte:

- Sie können Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen.
- Sie können eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen.
- Sie können eine Berichtigung Ihrer Daten verlangen, sofern diese unrichtig sind.
- Sie können verlangen, Ihre Daten zu vervollständigen, sofern sie unvollständig sind.
- Sie können eine Löschung Ihrer Daten verlangen, sofern sie nicht mehr benötigt werden.
- Sie können verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten unter bestimmten Voraussetzungen einzuschränken.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen** (allerdings nicht rückwirkend).

Sofern Sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten in **Ihren Rechten verletzt** worden zu sein, haben Sie die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden (**s. Rückseite**):

- Beauftragter für den Datenschutz beim Landratsamt Ostalbkreis.  
datenschutz@ostalbkreis.de
- Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg  
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart  
Königstraße 10a, 70173 Stuttgart  
Tel.: 0711/61 55 41 – 0

Weiterhin können Sie sich an die für die Versorgungsämter in den Landratsämtern zuständige Fachaufsichtsbehörde wenden:

Regierungspräsidium Stuttgart,  
Abteilung 10.  
Landesversorgungsamt  
Ruppmannstr. 21  
70565 Stuttgart  
Telefon 0711 904-0