

Sie haben die Möglichkeit, diesen Antrag online zu stellen unter [www.schwerbehindertenantrag.bayern.de](http://www.schwerbehindertenantrag.bayern.de)



Aktenzeichen

Eingangsstempel

## Antrag

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) auf wenigstens

auf Feststellung des Merkzeichens

**G** (erheblich gehbehindert)   
  **B** (Begleitperson bei Benutzung öffentl. Verkehrsmittel erforderlich)   
  **aG** (außergewöhnlich gehbehindert, z. B. bei Rollstuhlbenutzung)   
  **H** (hilflos)   
  **RF** (erheblich hör- oder sehbehindert oder dauerndes Gebundensein an die Wohnung)   
  **BI** (blind)   
  **GI** (gehörlos)

GdB und Merkzeichen werden mit einem schriftlichen Bescheid festgestellt. Für schwerbehinderte Menschen wird darüber hinaus **auf Antrag** für die Inanspruchnahme von Leistungen und sonstigen Hilfen ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt (siehe Ziff. 12).

Ich beantrage die Ausstellung eines Ausweises.

## Ihre Mitwirkung

Für die Entscheidung über Ihren Antrag benötigen wir medizinische Unterlagen. Bitte fügen Sie dem Antrag Unterlagen, die Ihnen vorliegen oder die Sie sich von Ihren **Ärzten** besorgen können, bei (z. B. Arztberichte, ärztliche Gutachten, Krankenhaus- oder Reha-Entlassungsberichte, EKG- und Laborbefunde). Sie können damit die Bearbeitungszeit wesentlich verkürzen. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.

Ihre Ärzte sind verpflichtet, Ihnen die oben genannten Unterlagen auszuhändigen (§ 630 g Bürgerliches Gesetzbuch). Kopierkosten sind ggf. von Ihnen zu tragen.

Reichen die beigelegten Unterlagen für die medizinische Feststellung aus, können wir über Ihren Antrag i.d.R. **innerhalb von sechs Wochen** entscheiden. Fehlende Unterlagen fordern wir von Amts wegen bei Ärzten, Krankenhäusern und Reha-Kliniken nach. Wir bitten um Verständnis, wenn dadurch zum Teil erhebliche Verzögerungen eintreten.

Füllen Sie daher den Antrag sorgfältig, vollständig und **bitte in Blockschrift** aus. Senden Sie auch die anliegenden Einverständniserklärungen ausgefüllt und unterschrieben mit ein. Nur so können wir notwendige Ermittlungen zur Feststellung des GdB und der Merkzeichen durchführen.

In entsprechender Anwendung der §§ 60 ff SGB I sind Ihre Angaben auch verpflichtend.

<b>1</b>	Name	Vorname	Geburtsdatum
	Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort
	Telefonnummer tagsüber (freiwillige Angabe)		Wenn Sie einverstanden sind, dass wir uns bei Rückfragen per E-Mail an Sie wenden, dann geben Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse an:
	Sind Sie erwerbstätig? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer mit dem Aufgabenkreis „Vertretung gegenüber Behörden“ oder „Vermögenssorge“ bestellt ist, geben Sie bitte Namen und Anschrift des Vertreters oder des Betreuers an. Fügen Sie den Betreuerausweis und nach Möglichkeit das Betreuungsgutachten bei.			Name, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl, Wohnort _____

**2** Welche Gesundheitsstörung(en), die wir bereits mit Bescheid festgestellt haben, hat/haben sich verschlimmert.

1
2
3
4

**3** Welche Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung neu aufgetreten?

**Wichtig für Diabetiker:**

Bitte senden Sie – falls geführt – das Blutzuckertagebuch (für die letzten drei Monate) ein.

Ich führe kein Blutzuckertagebuch.

	angeborene Gesundheitsstörung	Arbeitsunfall / Berufskrankheit	sonstiger Unfall	Kriegs-, Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat	sonstige Krankheit
1					
2					
3					
4					
5					

**4** Ich bin blind bzw. meine Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt **nach Korrektur** nicht mehr als 2 % (1/50) bzw. es liegt eine damit vergleichbare andere Sehstörung vor. Ich beantrage daher Blindengeld: Nein  Ja

**5** Hat seit unserer letzten Entscheidung eine Behörde ein Sozialversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft, Rentenversicherungsträger) oder ein Gericht eine Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen bzw. zu einzelnen Gesundheitsstörungen getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt. Nein  Ja

Behörde/Gericht/Sozialversicherungsträger	Aktenzeichen (ggf. Unfalltag)	zu Gesundheitsstörung(en) Nr.

**Bitte Feststellungsbescheide oder –unterlagen beifügen.**

**6** Bitte geben Sie Ihre derzeitige Kranken- bzw. Pflegekasse oder Kranken- bzw. Pflegeversicherung an.

Name und Anschrift der Kasse oder Versicherung / Mitgliedsnummer/Geschäftszeichen

Haben Sie bei der Pflegekasse bzw. -versicherung Pflegeleistungen beantragt?  Nein  Ja, am

Wenn ja,  der Antrag wurde abgelehnt  der Antrag wurde bewilligt: Pflegestufe  ab

über den Antrag wurde noch nicht entschieden Untersuchungstermin:

**7** Name und Anschrift des Hausarztes

**8** Bei welchen Ärzten sind Sie **seit unserer letzten Feststellung** außerdem in Behandlung?

von – bis	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	Gesundheitsstörung Nr.	Hat diese Unterlagen auch Ihr Hausarzt?

**9** Befanden Sie sich seit unserer letzten Feststellung in Krankenhaus- oder Reha-Behandlung?

von – bis des Aufnahme- u. Entlassungstages)	Name und Anschrift des Krankenhauses Abteilung/Station oder Chef-/Stationsarzt Kostenträger der Reha-Maßnahme, Aktenzeichen	Fachgebiet	wegen folgender Gesundheitsstörungen	Befinden sich dazu Unterlagen auch beim Hausarzt?

Sind Reha- oder Krankenhausbehandlungen vorgesehen?  Nein  Ja, in \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_

**10** Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen) befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen	Jahr der Untersuchung

**11** Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?  Nein  Ja

**12** Schwerbehindertenausweis:

Falls Sie in vorangegangenen Verfahren noch kein Bild übersandt oder der Speicherung eines übersandten Bildes widersprochen haben, benötigen wir von Ihnen (erneut) ein aktuelles Passbild in Farbe (35 mm x 45 mm im Hochformat). Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich. Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum.

Das mitgeschickte Bild wird nach der elektronischen Erfassung und Speicherung aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet. Es bleibt für spätere Neuausstellungen (z. B. bei Widerspruch, Verschlimmerungsantrag, Nachprüfungsverfahren) für längstens fünf Jahre elektronisch gespeichert und wird dann automatisch gelöscht. Sie können der Speicherung jedoch widersprechen.

Mit der elektronischen Speicherung bin ich **nicht** einverstanden. Das elektronisch gespeicherte Bild soll unmittelbar nach der Bescheiderteilung gelöscht werden.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und ein übersandtes Lichtbild mich oder den von mir Vertretenen darstellt. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses (bei Grenzpendlern) und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

**Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) beizieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.**

**Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung beizieht.**

**Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.**

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum	Unterschrift

Als Anlagen sind beigefügt:

- 3 unterschriebene Einverständniserklärungen
- medizinische Unterlagen
- Passbild (35 mm x 45 mm Hochformat)
- Blutzuckertagebuch (falls Diabetiker)

bei Vertretung:  als gesetzlicher Vertreter oder gerichtlich bestellter Betreuer (bitte Betreuerausweis beifügen)  
 als Bevollmächtigter bitte Vollmacht beifügen


**Bitte alle 3 Einverständniserklärungen ausfüllen, unterschreiben und mit dem Antragsformular zurücksenden!**

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:
---------------

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.  
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:
---------------

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.  
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen:
---------------

**Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten, Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evt. anschließenden Widerspruchsverfahren) noch bekanntgeben werde.  
Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die Entlassungsberichte über die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Maßnahmen von der Deutschen Rentenversicherung bezieht.

Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_