



**Behörde für Soziales und Familie**  
**Referat Schwerbehindertenrecht (Versorgungsamt)**  
**Adolph-Schönfelder-Straße 5, 22083 Hamburg**  
**Öffnungszeiten:** montags und donnerstags 8 - 16 Uhr  
**Telefon:** 4 28 63 - 0 (Zentrale) **Fax:** 4 279 61 - 086  
**E-Mail:** [FS55@bsf.hamburg.de](mailto:FS55@bsf.hamburg.de)  
**Internet:** <http://sozialeentschaedigung.hamburg.de>

<i>Wird vom Referat Schwerbehindertenrecht ausgefüllt</i>	
<i>Aktenzeichen</i>	<i>Eingangsstempel</i>
<i>Daten erfasst: Datum, Namenszeichen</i>	

**Alle Angaben bitte in Blockschrift**

<input type="checkbox"/> <b>Erstantrag</b>  <input type="checkbox"/> <b>Neufeststellungsantrag (wegen Verschlimmerung)</b>	<b>nach dem Schwerbehindertenrecht IX. Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)</b>
--	---

**Angaben über frühere Anträge nach dem Schwerbehindertenrecht SGB IX**

Wurde bereits früher einmal eine Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht getroffen? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <b>nein</b></span>			
<input type="checkbox"/> <b>Ja, bei</b>	Versorgungsamt	Grad der Behinderung (GdB)	Geschäftszeichen

**Angaben zur Person der Antragstellerin / des Antragstellers**

Familiennamen	Vorname
Geburtsdatum	ggf. Geburtsname
Namenszusatz	Titel/akademischer Grad
Geburtsort, Kreis	Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit:	
Als ausländischer Mitbürger bitte <b>Kopien des Aufenthaltstitels</b> sowie <b>Angaben zur Person und Passgültigkeit beifügen.</b>	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Telefon	Fax
E-Mail	Erwerbstätigkeit <input type="checkbox"/> ja

**Angaben zur Person des gesetzlichen Vertreters / Betreuers / Bevollmächtigten**

<input type="checkbox"/> <b>gesetzlicher Vertreter</b> <input type="checkbox"/> <b>Betreuer*</b> <input type="checkbox"/> <b>Bevollmächtigter*</b> *bitte Betreuerausweis (Kopie) / Vollmacht beifügen		
Familiennamen	Vorname	
Namenszusatz	Titel/akademischer Grad	
Verband / Firma	ggf. Aktenzeichen	
Straße und Nr.	PLZ / Wohnort	
Telefon	Fax	E-Mail

**Nur bei erstmaliger Antragstellung:**

Ich beantrage die Feststellung	<input type="checkbox"/> <b>ab</b> Antragseingang (Regelfall)  <input type="checkbox"/> rückwirkend ab ....., wegen	<input type="checkbox"/> <b>Steuer</b>  <input type="checkbox"/> <b>Rente</b>
--------------------------------	---	---

## Angaben über die geltend gemachten / verschlimmerten Gesundheitsstörungen

### Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Versorgungsleiden (Feststellungen anderer Stellen)

<b>Arbeitsunfall oder Berufskrankheit</b>	Berufsgenossenschaft / Landesunfallkasse (Anschrift)	Geschäftszeichen / Versicherungs-Nr.
<b>Versorgungsleiden (z.B. Schädigung als Soldat, Gewaltopfer etc)</b>	Versorgungsamt	Geschäftszeichen

Bitte fügen Sie Kopien des entsprechenden Bescheides über die Feststellung bei

### Weitere Gesundheitsstörungen

<b>1. Gesundheitsstörung</b>		
deswegen (in den letzten 2 Jahren) Behandlung bei Dr. (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
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.
<b>2. Gesundheitsstörung</b>		
deswegen (in den letzten 2 Jahren) Behandlung bei Dr. (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
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.
<b>3. Gesundheitsstörung</b>		
deswegen (in den letzten 2 Jahren) Behandlung bei Dr. (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
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.
<b>4. Gesundheitsstörung</b>		
deswegen (in den letzten 2 Jahren) Behandlung bei Dr. (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
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.

<b>5. Gesundheitsstörung</b>		
deswegen (in den letzten 2 Jahren) Behandlung bei Dr. (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
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.

<b>6. Gesundheitsstörung</b>		
deswegen (in den letzten 2 Jahren) Behandlung bei Dr. (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
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.

<b>Welcher der behandelnden Ärzte ist Ihr Hausarzt?</b>
---

Bei welchen **bisher noch nicht angegebenen Stellen** (z. B. Sozialversicherung -Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit-, Versicherungen, Gesundheitsamt, Sonderschule) befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen aus den letzten 2 Jahren, insbesondere ärztliche Gutachten usw.?

Vorhandene Unterlagen bitte beifügen:

Stelle und Aktenzeichen	Anschrift	Datum der Untersuchung

Wurde von der <b>Pflegeversicherung</b> (Krankenkasse) eine Pflegestufe festgestellt oder läuft ein Antrag? <input type="checkbox"/> <b>nein</b>	
<input type="checkbox"/> <b>ja</b>	Pflegestufe:                      Entscheidung vom:                      Antrag vom:
Pflegekasse/-versicherung mit Anschrift	Versicherungsnummer

**Ich beantrage die Feststellung der nachfolgend angekreuzten Merkzeichen:**

- G**                      (erhebliche Gehbehinderung)
- B**                      (Notwendigkeit ständiger Begleitung)
- aG**                    (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- Bl**                    (Blind)
- Gl**                    (Gehörlos)
- H**                    (Hilflosigkeit)
- RF**                    (gesundheitliche Voraussetzung für Rundfunkgebührenbefreiung)

**Nur für Kriegsbeschädigte:**  **1. Kl.**                    (Benutzung der 1. Wagenklasse)

### Allgemeine Hinweise des Referates Schwerbehindertenrecht:

1. Die mit diesem Antrag erhobenen personenbezogenen Daten werden benötigt, um über Ihren Antrag entscheiden zu können.
2. Nach § 21 des Sozialgesetzbuches - 10. Buch - (SGB X) haben Sie bei der Sachverhaltsaufklärung mitzuwirken.
3. Das Referat Schwerbehindertenrecht weist Sie darauf hin, dass Sie mit diesem Antrag zugleich eine Einwilligungserklärung für die Einholung von Auskünften und die Beiziehung von Unterlagen abgeben (siehe Erklärung unten).
4. Sie werden darauf aufmerksam gemacht, dass die im Rahmen dieses Feststellungsverfahrens erhobenen Daten teilweise mit Hilfe von automatischen Datenverarbeitungsanlagen verarbeitet werden.

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.

Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Gesundheitsstörung (Besserung) und des Wohnsitzes, werde ich stets unverzüglich mitteilen.

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

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Referat Schwerbehindertenrecht

- die medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, 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, vom Arbeitsamt) einholt.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Referates Schwerbehindertenrecht 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 Referat Schwerbehindertenrecht 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:**

**Sie können die Dauer des Verfahrens verkürzen, wenn Sie die bereits in Ihrem Besitz befindlichen ärztlichen Unterlagen, z.B. Entlassungsberichte, Röntgenbefunde, beifügen (keine Röntgenbilder).**

Hamburg, den .....

Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller oder gesetzlicher Vertreter

**Anlage:**