

Postleitzahl	Wohnort	
Straße und Hausnummer		
Freiwillige Angaben	Telefon (tagsüber)	E-Mail-Adresse (falls vorhanden)
Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer bestellt ist, bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des gesetzlichen Vertreters/Betreuers angeben. Im Falle einer Betreuung bitte Kopie der Bestellungsurkunde beifügen!		

Bitte geben Sie hier Name und Anschrift Ihrer Krankenversicherung / Krankenkasse an:

Ich bin erwerbstätig	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Mein Arbeitsplatz ist akut gefährdet	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

Welche der bereits im letzten Bescheid festgestellten körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) Beeinträchtigung(en) haben sich verschlimmert?		Ursachenschlüssel
1.		
2.		
3.		
Welche körperliche(n), geistige(n) und/oder seelische(n) Beeinträchtigung(en) machen Sie erstmals geltend?		
4.		
5.		
6.		

Ursachenschlüssel			
01	angeborene Gesundheitsstörung	06	Sonstiger Unfall
02	Arbeitsunfall/Berufskrankheit (dem Unfallversicherungsträger gemeldet)	07	Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigung
04	Verkehrsunfall	09	sonstige Krankheit (auch Impfschaden)
05	häuslicher Unfall	10	sonstige Ursache

Soll Ihr Antrag alle bestehenden Gesundheitsstörungen umfassen?

Ja

Nein

Wenn Nein: Welche Gesundheitsstörung(en) soll(en) nicht berücksichtigt werden?

Angaben zu ärztlichen Behandlungen

Name und Anschrift der **Hausärztin**/des **Hausarztes**:

Bei welchen Ärzten/innen sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung

Von - bis	Name und Anschrift:	Fachgebiet	wegen Nr. (Seite 2)	Unterlagen beim Hausarzt? Ja / Nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Krankenhaus- und Rehabehandlung in den letzten 3 Jahren

von - bis	Name und Anschrift:	Abteilung / Station	wegen Nr. (Seite 2)	Unterlagen beim Hausarzt? Ja / Nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kostenträger der Rehabehandlung (Name und Anschrift)

Angaben zu anderweitigen Feststellungen / Begutachtungen

Wurde bereits eine **Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen / zu einzelnen Gesundheitsstörungen** und zum Grad der Behinderung (GdB) bzw. Grad der Schädigungsfolgen (GdS) oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) getroffen (z.B. von einem anderen Amt für soziale Angelegenheiten / Versorgungsamt, einer anderen Verwaltungsbehörde, einem Sozialversicherungsträger – z.B. Berufsgenossenschaft –, einem Gericht) oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Ja

Nein

Wenn Ja: Bitte geben Sie Name und Anschrift an! Bitte fügen Sie auch Ihnen vorliegende Gutachten und Bescheide (in Kopie) bei.

Erhalten Sie **Rente wegen Erwerbsminderung** aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt? Laufen Untersuchungen beim Rentenversicherungsträger?

Ja Nein Ich erhalte Rente ab:

Bitte geben Sie hier **Name, Anschrift und Aktenzeichen des Rentenversicherungsträgers** an!

Haben Sie bei der **Pflegekasse / Pflegeversicherung** Pflegeleistungen beantragt?

Ja , am Nein Wenn Ja:

- der Antrag wurde abgelehnt.
 der Antrag wurde bewilligt. Ich bin in der Pflegestufe .
 über den Antrag wurde noch nicht entschieden.
 Untersuchung fand statt / ist vorgesehen für .

Bitte geben Sie Name, Anschrift und Aktenzeichen der Kasse / Versicherung an!

Bei welcher bisher noch nicht genannten Stelle (z.B. Gesundheitsamt, Agentur für Arbeit, Sozialamt) befinden sich **weitere** die Gesundheitsstörung(en) betreffende **Unterlagen**?

Bitte geben Sie Name, Anschrift und Aktenzeichen der Stelle an!

Einverständniserklärung


Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Verwaltungsverfahren und einem sich evtl. anschließenden Vorverfahren notwendigen Auskünfte bei den von mir benannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie den sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, dass die dort geführten Unterlagen (z.B. Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe, etc.) im erforderlichen Umfang beigezogen werden.

Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.

Keine Auskünfte und Unterlagen dürfen eingeholt werden bei:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die in diesem Verwaltungsverfahren bekannt gewordenen Sozialdaten

- erfasst und gespeichert werden (§ 67 c SGB X) und
- für eigene gesetzliche soziale Aufgaben, aber auch an andere Stellen im Sinne des § 35 SGB I (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X übermittelt werden dürfen, **falls ich nicht ausdrücklich widerspreche**.

Ort	Datum	Unterschrift (Einverständniserklärung) (ggf. des gesetzl. Vertreters oder Betreuers) 
-----	-------	--

Ort	Datum	Unterschrift (Antrag) (ggf. des gesetzl. Vertreters oder Betreuers) 
-----	-------	---

Folgende Unterlagen füge ich bei: Passbild aktuelle ärztliche Unterlagen