

Wichtige Hinweise

Diesen Antrag füllen Sie aus, wenn Sie eine Anerkennung als schwerbehinderter Mensch beantragen. Sie können den Antrag auch Online stellen unter:

<http://www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-versorgungsamt/antragstellung/antragstellung-online/>

Weitere Informationen finden Sie im „Berliner Ratgeber für Menschen mit Behinderung“. Die Broschüre bekommen Sie im Kundencenter des Versorgungsamtes oder zum Download unter <http://www.berlin.de/lageso/service/downloadcenter/>.

Bitte füllen Sie das Antragsformular lesbar aus. Wenn der Platz im Formular nicht ausreicht, verwenden Sie für weitere Angaben ein gesondertes Blatt.

Schicken Sie mit diesem Antrag kein Lichtbild mit. Füllen Sie den Antrag nicht aus, wenn Ihr Ausweis verlängert werden soll. Hierfür senden Sie bitte nur ein Lichtbild mit Name, Geburtsdatum und Geschäftszeichen an das Versorgungsamt.

Haben Sie bereits einen Bescheid nach dem Schwerbehindertenrecht?

Wenn ja, bitte das Geschäftszeichen des letzten Bescheides und die Behörde angeben, die den Bescheid erstellt hat.

I. Angaben zur Person

In Ihrem eigenen Interesse bitten wir Sie, geeignete Nachweise zu Ihrer Identität beizufügen, wie z.B.

- eine Kopie Ihres Personalausweises (Vorder- und Rückseite),
- eine Farbkopie des Passes/Aufenthaltstitels (bei ausländischen Mitbürgerinnen oder Mitbürgern). Das gilt nicht für Personen aus EU-Ländern sowie Island, Norwegen, Liechtenstein. Sie können auf der Kopie die Ausweisnummer, die IDD-Nummer, die Passnummer und/oder die Daten der maschinenlesbaren Zone unleserlich machen.

Im Kundencenter des Versorgungsamtes genügt die Vorlage des Ausweises oder Passes. Bitte geben Sie an, wenn Sie berufstätig sind.

II. Bevollmächtigung, Betreuung, Gesetzliche Vertretung

Wenn Sie sich durch eine andere Person vertreten lassen wollen, benötigt diese Person von Ihnen eine schriftliche Vollmacht. Geben Sie den vollständigen Namen, Adresse und Telefonnummer der bevollmächtigten Person an. Die Vollmacht erlischt in der Regel nach Beendigung des Verfahrens.

Bei Betreuung ist eine Kopie der Betreuungsurkunde erforderlich.

Gemeinsames oder alleiniges Sorgerecht

Wenn Sie als Eltern das gemeinsame Sorgerecht für Ihr Kind haben, müssen beide diesen Antrag unterschreiben. Liegt kein gemeinsames Sorgerecht vor, fügen Sie diesem Antrag bitte einen entsprechenden Nachweis („Negativbescheinigung“ vom Jugendamt/ ggf. Sterbeurkunde) in Kopie bei.

Jugendliche ab Vollendung des 15. Lebensjahres dürfen diesen Antrag selbst unterschreiben, müssen aber die Namen ihrer sorgeberechtigten Eltern angeben.

III. Gesundheitsstörungen und Behandlungen (in den letzten 3 Jahren)

Nicht jede Erkrankung/ jeder Unfall führt zu einer dauerhaften Behinderung. Bei vielen Erkrankungen oder Unfällen ist die Feststellung erst nach Ablauf eines Zeitraumes von sechs Monaten möglich.

Geben Sie in diesem Antrag bitte nur Gesundheitsstörungen an, die als Behinderung festgestellt werden sollen. Medizinische Fachausdrücke sind nicht erforderlich. Es reicht, wenn Sie zum Beispiel „Bluthochdruck“, „Wirbelsäulenerkrankung“ oder „Herzkrankung“ eintragen.

Wenn Sie erneut einen Antrag stellen, geben Sie bitte nur die Gesundheitsstörungen an, die schlimmer geworden oder neu hinzugekommen sind.

Geben Sie die Adressen und Telefonnummern Ihrer behandelnden Ärztinnen und Ärzte, der Krankenhäuser, Kureinrichtungen usw. vollständig an.

Sie können Befundberichte, ärztliche Gutachten, Krankenhausberichte, Kurentlassungsberichte, EKG-, Laborberichte über Ihren aktuellen Gesundheitszustand in Kopie beifügen. Dafür werden jedoch keine Kosten übernommen. Schicken Sie keine Röntgenaufnahmen oder CDs mit!

Das Blutzucker-Tagebuch ist wichtig für die Einschätzung des Diabetes.

IV. Merkzeichen

| | | | |
|----|--|-----|-----------------------------------|
| G | Erheblich gehbehindert | B | Begleitperson |
| aG | außergewöhnlich gehbehindert | RF | ermäßigte Rundfunkbeitragspflicht |
| H | hilflos | Bl | blind |
| Gl | gehörlos | TBl | taubblind |
| T | Teilnahme am Berliner Sonderfahrdienst | | |

Weitere Informationen zu den Merkzeichen finden Sie im „Berliner Ratgeber für Menschen mit Behinderung“ oder auf der Internetseite:

<http://www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-versorgungsamt/merkzeichen/>

V. Rückwirkende Feststellung

Die Feststellung einer Schwerbehinderung beginnt in der Regel mit dem Datum, an dem der Antrag eingegangen ist. Ein früherer Zeitpunkt kann nur festgestellt werden, wenn damit ein besonderes Interesse verbunden ist (z.B. steuer- oder rentenrechtliche Vergünstigungen). Das besondere Interesse muss begründet werden. Dafür müssen Sie aussagekräftige Befunde für die rückwirkend geltend gemachte Gesundheitsstörung aus dieser Zeit vorlegen oder angeben, wo die Befunde angefordert werden können.

VI. Gutachten von anderen Stellen

Die Gutachten von anderen Stellen (z.B. Kranken-, Pflegekasse, Bezirksamt, Rententräger, Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit) können Sie dem Antrag in Kopie beifügen. Sie helfen damit, zeitaufwendige Rückfragen und Ermittlungen zu vermeiden.

VII. Anerkennungen von anderen Stellen

Bitte füllen Sie diesen Punkt nur aus, wenn es sich bei den Gesundheitsstörungen um die Folgen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit oder einer Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung handelt. Anerkennungsbescheide von anderen Stellen (z.B. Berufsgenossenschaften, Versorgungsämtern, Unfallkasse) können Sie in Kopie beifügen.

Wichtig:

- Unterschreiben Sie den Antrag.
- Unterschreiben Sie alle Einwilligungserklärungen zur Einsichtnahme in Ihre Krankenunterlagen.

Vorrangig bearbeitet werden Anträge von Personen mit schwerwiegenden Erkrankungen wie z.B. Krebserkrankungen, AIDS, ALS (Amyotrophe Lateralsklerose).

Informationen zum Antragsverfahren

Das Versorgungsamt entscheidet, welche medizinischen Unterlagen angefordert werden. Erst wenn die Unterlagen vollständig vorliegen, kann die versorgungsmedizinische Bewertung erfolgen. Die vorliegenden medizinischen Unterlagen werden durch den versorgungsärztlichen Dienst geprüft. Altersbedingte Beeinträchtigungen werden nicht berücksichtigt.

| | | |
|---|---|---|
| Versorgungsamt Berlin Sächsische Straße 28, 10707 Berlin Kundencenter Öffnungszeiten Montag, Dienstag 09.00 bis 15.00 Uhr Donnerstag 09.00 bis 18.00 Uhr Freitag 09.00 bis 13.00 Uhr | Bürgertelefon: 115 Telefonische Sprechzeiten Montag-Freitag 07.00-18.00 Uhr Fax: 030 9028 5080 E-Mail: infoservice@lageso.berlin.de | Verkehrsverbindungen: U7/U3 bis Fehrbelliner Platz/Aufzug Bus: 104, 110, 115 bis Fehrbelliner Platz Internet: www.lageso.berlin.de |
| Online-Terminvereinbarung im Kundencenter ist möglich unter: service.berlin.de/standort/325721/ | | |
| Datenschutzbeauftragte im LAGeSo | Sabine Ave/ ZS L DSB 030 90229 1209 | E-Mail: Datenschutz@lageso.berlin.de |

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Versorgungsamt
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Eingangsstempel



Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht (§ 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch)

Bitte in Druckschrift oder am Computer ausfüllen! Zutreffendes bitte ankreuzen.

Ich habe bereits einen Bescheid nach dem Schwerbehindertenrecht

| |
|------------------|
| von der Behörde |
| Geschäftszeichen |

I. Angaben zur Person

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| Name (ggf. Titel) | | |
| Vorname | | |
| ggf. Geburtsname | Geburtsdatum | |
| <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiteres _____ |
| Staatsangehörigkeit | | |
| Geeignete Nachweise | | |
| <input type="checkbox"/> Kopie Personalausweis (Vorder- und Rückseite) | | |
| <input type="checkbox"/> Kopie Pass mit Meldebescheinigung | | |
| <input type="checkbox"/> Farbkopie aktueller Aufenthaltstitel mit Meldebescheinigung | | |
| Straße, Hausnummer | | |
| Postleitzahl | Ort | |
| Telefon (freiwillig) | E-Mail (freiwillig) | |
| <input type="checkbox"/> Ich bin berufstätig. | | |

II. Bevollmächtigung, Betreuung, gesetzliche Vertretung (Kopie der Vollmacht, Betreuerausweis beifügen)

| | |
|---------------------------------------|---------------------|
| Name | Vorname |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | |
| Telefon (freiwillig) | E-Mail (freiwillig) |

| | |
|--|--|
| Gesetzliche Vertretung bei Minderjährigen (siehe Hinweise zu Punkt II) | |
| <input type="checkbox"/> gemeinsames Sorgerecht | <input type="checkbox"/> alleiniges Sorgerecht |
| Name, Vorname, Anschrift sorgeberechtigter Elternteil (gleichzeitig Meldeanschrift des Kindes) | |
| Name, Vorname, Anschrift sorgeberechtigter Elternteil (getrennt lebend) | |

III. Gesundheitsstörungen und Behandlungen (in den letzten 3 Jahren)

| |
|---|
| Hausärztin/ Hausarzt (Name, Straße, Postleitzahl, Ort, Telefon) |
| letzte Behandlung am |

| | | |
|---|---|---|
| 1. Gesundheitsstörung (bitte benennen) | | |
| Fachärztin/ Facharzt (Name, Straße, Postleitzahl, Ort, Telefon) | | |
| Fachgebiet | letzte Behandlung am | Unterlagen beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Krankenhausbehandlung (Name, Station, Anschrift der Klinik) | | |
| Behandlungszeitraum von bis | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär | |
| Reha-Behandlung (Name der Einrichtung, Station, Anschrift) | | |
| Behandlungszeitraum von bis | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär | |
| Name Krankenkasse/Rentenversicherung | Versicherungsnummer | |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | | |

| | | |
|---|---|---|
| 2. Gesundheitsstörung (bitte benennen) | | |
| Fachärztin/ Facharzt (Name, Straße, Postleitzahl, Ort, Telefon) | | |
| Fachgebiet | letzte Behandlung am | Unterlagen beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Krankenhausbehandlung (Name, Station, Anschrift der Klinik) | | |
| Behandlungszeitraum von bis | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär | |
| Reha-Behandlung (Name der Einrichtung, Station, Anschrift) | | |
| Behandlungszeitraum von bis | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär | |

| | |
|---------------------------------------|---------------------|
| Name Krankenkasse/Rentenversicherung | Versicherungsnummer |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | |

| | | |
|---|----------------------|---|
| 3. Gesundheitsstörung (bitte benennen) | | |
| Fachärztin/ Facharzt (Name, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Telefon) | | |
| Fachgebiet | letzte Behandlung am | Unterlagen beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Krankenhausbehandlung (Name, Station, Anschrift der Klinik) | | |
| Behandlungszeitraum von _____ bis _____ | | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär |
| Reha-Behandlung (Name der Einrichtung, Station, Anschrift) | | |
| Behandlungszeitraum von _____ bis _____ | | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär |
| Name Krankenkasse/Rentenversicherung | Versicherungsnummer | |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | | |

| | | |
|---|----------------------|---|
| 4. Gesundheitsstörung (bitte benennen) | | |
| Fachärztin/ Facharzt (Name, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Telefon) | | |
| Fachgebiet | letzte Behandlung am | Unterlagen beim Hausarzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Krankenhausbehandlung (Name, Station, Anschrift der Klinik) | | |
| Behandlungszeitraum von _____ bis _____ | | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär |
| Reha-Behandlung (Name der Einrichtung, Station, Anschrift) | | |
| Behandlungszeitraum von _____ bis _____ | | <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär |
| Name Krankenkasse/Rentenversicherung | Versicherungsnummer | |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | | |

| | |
|--|-------------------------------|
| Sie machen Diabetes geltend. Führen Sie ein Blutzucker-Tagebuch ? | |
| <input type="checkbox"/> ja (Fügen Sie bitte die Kopie der letzten 3 Monate bei) | <input type="checkbox"/> nein |

IV. Ich beantrage die Feststellung folgender Merkzeichen

| | | | | | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> aG | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> RF | <input type="checkbox"/> BI | <input type="checkbox"/> GI | <input type="checkbox"/> TBI |
| <input type="checkbox"/> T-Teilnahme am Berliner Sonderfahrdienst | | | | | | | |
| Berliner Sonderfahrdienst <input type="checkbox"/> Übersenden Sie mir bitte den Antrag auf Ausstellung der Magnetkarte. Ich bin Rollstuhlfahrer/in bzw. auf einen Rollator angewiesen. Auf Grund meiner Gesundheitsstörung – Punkt III./ laufende Nr. __ möchte ich den Sonderfahrdienst bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag nutzen. Diese befristete Nutzung ist nur möglich bei Vorlage einer Kosten-Übernahme-Bescheinigung der Krankenkasse oder eines anderen Leistungsträgers für den Rollstuhl oder Rollator. | | | | | | | |

V. Rückwirkende Feststellung (siehe Hinweise zu Punkt V)

Ich beantrage die Feststellung ab Antragseingang
 rückwirkend ab _____
 wegen beispielsweise steuer- bzw. rentenrechtlichen Vergünstigungen für die Gesundheitsstörung Nr. _____ (siehe Punkt III.).

VI. Gutachten von anderen Stellen

| | |
|---|----------------------------------|
| Pflegegutachten | |
| Pflegegrad (vorher Pflegestufe) | beantragt am: liegt vor seit: |
| Krankenkasse/Pflegekasse/Bezirksamt | Geschäftszeichen |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | |
| weitere ärztliche Gutachten | |
| Name der Stelle (z.B. Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit) | Geschäftszeichen |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | Datum der Untersuchung |
| | |
| Name der Stelle (z.B. Berufsgenossenschaft, Agentur für Arbeit) | Geschäftszeichen |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | Datum der Untersuchung |

Betreuungsgutachten liegt vor: ja nein

VII. Anerkennungen von anderen Stellen

| | |
|---|------------------|
| Arbeitsunfall/ Berufskrankheit/ Schädigungsfolge (BVG, OEG, SVG, ZDG, HHG, StrRehaG, VwRehaG) | |
| Name der Stelle (z.B. Berufsgenossenschaft, Unfallkasse, Versorgungsamt) | Geschäftszeichen |
| Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort | |

VIII. Erklärungen zu rechtlichen Grundlagen

Mitwirkung

Für die Entscheidung über Ihren Antrag benötigt das Versorgungsamt Berlin aktuelle Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Das Versorgungsamt ist auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Mitwirkung heißt, Sie müssen wahrheitsgemäß alle Tatsachen und Beweismittel angeben, die für die Entscheidung über Ihren Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht von Bedeutung sind (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Kommen Sie dieser gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflicht nicht nach, kann das Versorgungsamt die beantragten Feststellungen ganz oder teilweise versagen (§ 66 Abs. 1 SGB I).

Datenschutz

Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet. Die in diesem Formular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung benötigt. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung ergeben sich aus den gemäß Art. 6 Abs. 1 Buchst. e und Art. 9 Abs. 2 Buchst. b der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) angepassten Vorschriften in §§ 67 a - c SGB X in Verbindung mit § 152 und § 214 SGB IX.

Die Daten werden im Versorgungsamt sowohl in Papierform als auch elektronisch gespeichert. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Akten bzw. Vernichtung der Akten orientiert sich an verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten (z.B. bei Wegzug, Aktenabgabe, Tod) und variiert zwischen ein und zehn Jahren.

Wenn das Versorgungsamt Auskünfte von Dritten (z.B. von Ärztinnen und Ärzten) benötigt, ist dafür Ihre Zustimmung erforderlich (Einwilligungserklärung).

Verantwortliche Behörde gemäß Art. 4 Abs. 7 DSGVO ist das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo), Abteilung III, Versorgungsamt.

Folgende Rechte stehen Ihnen nach Art. 15 bis 22 DSGVO in Verbindung mit §§ 83 – 84 SGB X zu:

1. Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten.
2. Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu Ihrer Person.
3. Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu Ihrer Person.
4. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu Ihrer Person.
5. Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung. Ein derartiger Widerspruch kann jedoch wegen fehlender Mitwirkung zu einer Ablehnung Ihres Antrags führen.
6. Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.
7. Recht, jederzeit die Behörde der/des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit anzurufen.

Kenntnisnahme weiterer Informationen

Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Daten, die dem Versorgungsamt vorliegen und/oder aufgrund meiner Einwilligungserklärung zugehen,

- an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung nach dem Sozialgesetzbuch übermittelt werden dürfen.
- an intern und extern beauftragte Gutachterinnen und Gutachter, die dem Datenschutz verpflichtet sind und einer Verschwiegenheitsverpflichtung unterliegen, zur medizinischen Beurteilung nach dem Sozialgesetzbuch IX (§ 152 SGB IX) übermittelt werden.

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit externer Gutachterinnen/Gutachter für das LAGeSo Berlin

Externe Gutachterinnen und Gutachter sind auf der Basis einer Vereinbarung für das LAGeSo tätig.

Mit dieser Vereinbarung verpflichten sich die Gutachterinnen und Gutachter:

- Datenschutz und Datensicherheit zu gewährleisten,
- die überlassenen Sozialdaten keiner anderweitigen Nutzung und Verwendung zuzuführen und nicht an Dritte weiterzugeben,
- die Daten und Akten durch technisch-organisatorische Maßnahmen so zu schützen, dass Unbefugte keine Zugriffs- bzw. Zugangsmöglichkeit haben sowie
- Gutachten nach der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV), „Versorgungsmedizinische Grundsätze“, zu erstellen.

Einwilligungserklärung

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- das Landesamt für Gesundheit und Soziales bei den von mir benannten Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern (auch private), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern, einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden, die notwendigen Auskünfte und Unterlagen einschließlich psychiatrischer, psychoanalytischer und psychotherapeutischer Untersuchungen/ Behandlungen, anfordern kann (siehe Seiten 5 und 6).
- die von mir genannten Ärztinnen und Ärzte im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von meinem gestellten Antrag Kenntnis erhalten.

Ich genehmige ausdrücklich die Verwertung dieser Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Von folgenden Ärztinnen und Ärzten/ Einrichtungen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:

| |
|--|
| |
| |
| |

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Mir ist bekannt, dass für ärztliche Unterlagen, die ich diesem Antrag beigelegt habe bzw. im Laufe des Antragsverfahrens beibringe, keine Kosten übernommen werden.

Datum: _____ Unterschrift:  _____

Datum: _____ Unterschrift: _____
(ggf. zweite sorgeberechtigte Person)

Anlagen:

- Kopie Personalausweis
- Kopie Pass mit Meldebescheinigung
- Farbkopie Aufenthaltstitel mit Meldebescheinigung
- Betreuungsnachweis / Vollmacht
- Medizinische Unterlagen Bescheid(e) anderer Stellen
- _____
- _____

Bitte unterschreiben Sie die beiden folgenden Einwilligungserklärungen für Ärztinnen und Ärzten/Einrichtungen

Familienname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschäftszeichen: _____

(wenn vorhanden, wird ansonsten vom Versorgungsamt eingetragen)

Einwilligungserklärung

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX, als auch für ein sich anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales bei den von mir benannten Ärzten/innen, Krankenhäusern (auch private), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden, die notwendigen Auskünfte und Unterlagen einschließlich psychiatrischer, psychoanalytischer und psychotherapeutischer Untersuchungen/ Behandlungen, anfordern kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir genannten Ärzte/innen im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von meinem gestellten Antrag Kenntnis erhalten.

Ich genehmige ausdrücklich die Verwertung dieser Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Von folgenden Ärzten/innen / Einrichtungen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:

_____ Datum

x

_____ Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)

Familienname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschäftszeichen: _____

(wenn vorhanden, wird ansonsten vom Versorgungsamt eingetragen)

Einwilligungserklärung

Diese Erklärung gilt sowohl für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren nach § 152 SGB IX als auch für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich ebenfalls auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und gefertigten Unterlagen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales bei den von mir benannten Ärzten/innen, Krankenhäusern (auch private), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden, die notwendigen Auskünfte und Unterlagen einschließlich psychiatrischer, psychoanalytischer und psychotherapeutischer Untersuchungen/ Behandlungen, anfordern kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir genannten Ärzte/innen im Zusammenhang mit einer Anforderung von ärztlichen Unterlagen von meinem gestellten Antrag Kenntnis erhalten.

Ich genehmige ausdrücklich die Verwertung dieser Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Personen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Von folgenden Ärzten/innen / Einrichtungen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:

_____ Datum

x

_____ Unterschrift (Antragsteller/in oder gesetzliche Vertretung bzw. Betreuung)