



An das  
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Geschäftszeichen</b> | Vorgang nicht vorhanden<br><br>Daten erfasst am<br>mit ohne masch. Eing.-Best. |
|-------------------------|--|

## Erst-Antrag

### auf Feststellung einer Behinderung nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht –

#### Wichtige Hinweise

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – **möglichst in Blockschrift!** Sie können dieses Formular auch am Bildschirm mit dem Acrobat Reader ausfüllen und drucken.

Ihre Angaben sind für die Bearbeitung notwendig. Wer Sozialleistungen beantragt, hat gemäß § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) alle für die Sachaufklärung erforderlichen Tatsachen anzugeben. Dies gilt für das Verfahren nach § 152 SGB IX entsprechend. Außerdem sollen Sie nach § 21 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken, insbesondere Ihnen bekannte Tatsachen und Beweismittel angeben. Soweit und solange es zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgabe aus § 152 SGB IX notwendig ist, werden Ihre Sozialdaten gespeichert. Rechtsgrundlage ist § 67 c SGB X.

#### Vergessen Sie bitte nicht, den Antrag zu unterschreiben!

Der Schwerbehindertenausweis ist regelmäßig mit einem Passbild des Ausweisinhabers zu versehen. **Bitte fügen Sie dem Antrag daher bereits ein Passbild bei!** Wenn die Voraussetzungen zur Ausstellung eines Ausweises nicht festgestellt werden, erhalten Sie das Passbild wieder zurück. Geben Sie bitte auf der Rückseite des Passbildes Ihren Vor- und Zunamen sowie Ihren Wohnort an.

**Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (zum Beispiel Befundberichte, ärztliche Gutachten, EKG-, Labor- oder Röntgenbefunde) in Ihrem Besitz befinden, die nicht älter als zwei Jahre sind, reichen Sie diese bitte mit dem Antrag ein! Dadurch können Sie das Verfahren beschleunigen!**

#### Angaben zur Person

Familienname

Vorname

gegebenenfalls Geburtsname

Geburtsdatum

Geschlecht

weiblich männlich

Postleitzahl Wohnort

Straße und Hausnummer

Freiwillige Angaben  
Telefon (tagsüber)

E-Mail-Adresse (falls vorhanden)



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 beziehungsweise waren Sie außerdem in Behandlung?

| von-bis | Name und Anschrift | Fachgebiet | wegen Nr. Unterlagen<br>(Seite 2) | beim Hausarzt? |
|---------|--------------------|------------|-----------------------------------|----------------|
|         |                    |            |                                   | ja             |
|         |                    |            |                                   | nein           |
|         |                    |            |                                   | ja             |
|         |                    |            |                                   | nein           |
|         |                    |            |                                   | ja             |
|         |                    |            |                                   | nein           |

### Krankenhaus- und Reha-Behandlung in den letzten drei Jahren

| von-bis | Name und Anschrift | Abteilung<br>Station | wegen Nr. Unterlagen<br>(Seite 2) | beim Hausarzt? |
|---------|--------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------|
|         |                    |                      |                                   | ja             |
|         |                    |                      |                                   | nein           |
|         |                    |                      |                                   | ja             |
|         |                    |                      |                                   | nein           |
|         |                    |                      |                                   | ja             |
|         |                    |                      |                                   | nein           |

Kostenträger der Reha-Behandlung (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 (zum Beispiel von einem Amt für soziale Angelegenheiten/Versorgungsamt, einer anderen Verwaltungsbehörde, einem Sozialversicherungsträger – zum Beispiel 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.

