

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"/> divers _____
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 V.).

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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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

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

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