

Antragskopie Behinderung Feststellung

Allgemeine Angaben

Allgemeine Angaben

Antragsart *	Erstantrag
Antragstellung als	Beratungsdienst
Antragstellung als	Organisation
Was möchten Sie beantragen? *	☒ Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung (GdB) und die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach § 152 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) ☒ Feststellung der gesundheitlichen Merkmale (Merkzeichen), die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Rechten und Nachteilsausgleichen nach dem SGB IX oder nach anderen Vorschriften sind ☐ Übernahme der Entscheidung der Berufsgenossenschaft bzw. einer anderen Behörde unter Verzicht auf weitere Feststellungen

Feststellung

Der Feststellungsantrag *	Erstreckt sich auf alle vorliegenden Funktionsbeeinträchtigungen
Die Feststellung soll erfolgen *	Ab Antragseingang

Merkzeichen

Infolge der Gesundheitsstörung/en liegen die Voraussetzungen für folgende Merkzeichen vor?

- ☐ Blind (BI)
- ☐ Gehörlos (GI)
- ☐ Taubblind (TBI)
- ☐ Hilflos (H)
- ☒ Erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr (G)
- ☒ Außergewöhnlich gehbehindert (aG), weil Bewegung nur mit fremder Hilfe oder mit großer Anstrengung außerhalb eines Fahrzeuges möglich ist.
- ☐ Auf ständige Begleitung bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln angewiesen (B)
- ☐ Seh- oder hörgeschädigt, ggf. ständig gehindert, an öffentlichen Veranstaltungen jeder Art teilzunehmen (RF)
- ☐ Bei Reisen mit der Deutschen Bahn AG wegen Schädigungsfolgen i.S. des Bundesversorgungsgesetzes / Bundesentschädigungsgesetzes auf die Unterbringung in der 1. Wagenklasse angewiesen (1.KI.)

Beschreiben Sie in kurzen Worten Ihre Einschränkung zum Merkzeichen G und aG. *

Rollstuhl

Persönliche Daten

Daten der anspruchsberechtigten Person

Anrede	
Titel	
Vorname *	Max
Nachname *	Muster
Straße *	Musterstr.
Hausnummer *	5a
Hausnummern- / Adresszusatz	
Postleitzahl *	04109
Ort *	Leipzig
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Geburtsdatum *	12.12.2000
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit *	Deutsch
Geschlecht *	Männlich
Ist die anspruchsberechtigte Person erwerbstätig? *	Ja
Steuerliche Identifikationsnummer *	99999999999

Daten des Beratungsdienstes

Name der Organisation [Mein Unternehmenskonto]	Hamenstädt_1131093259103
--	--------------------------

Anrede	
Titel	
Ansprechpartner Vorname *	Leon
Ansprechpartner Nachname *	Meier
Straße und Hausnummer [Mein Unternehmenskonto]	Leßkestraße 63 -1
Hausnummern- / Adresszusatz	
Postleitzahl [Mein Unternehmenskonto]	10115
Ort [Mein Unternehmenskonto]	Berlin
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Funktionsbeeinträchtigungen und ärztliche Behandlungen

Funktionsbeeinträchtigungen

Wurde Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) diagnostiziert? *	Nein
Wurden psychische Beeinträchtigungen diagnostiziert? *	Nein

Gesundheitsstörung

Gesundheitsstörung: Gehbehinderung

Geben Sie an, welche nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen, seelischen oder Sinnesbeeinträchtigungen, die mindestens 6 Monate andauern von Ihnen geltend gemacht werden.

Gesundheitsstörung *	Gehbehinderung
Ursache der Gesundheitsstörung *	Arbeits- oder Dienstunfall

Ärztliche Behandlungen

Welche Behandlungen und Untersuchungsbefunde möchten Sie geltend machen?

- ☐ Hausärztliche Praxis
- ☒ Fachärztliche Behandlung
- ☐ Krankenhausbehandlung
- ☐ Kurbehandlung
- ☐ Untersuchungsbefunde weiterer Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Jugendamt, Rentenversicherung)

Fachärztliche Behandlung

Fachärztliche Behandlung 1

In den letzten 2 Jahren

Behandlung von *	05.2026
Behandlung bis	
Wegen folgender Gesundheitsstörungen *	Gehbehinderung wegen Amputation
Liegen die Unterlagen in der hausärztlichen Praxis vor?	Nein
Anrede	
Titel	
Vorname *	Leon
Nachname *	Chirurgia
Straße	Facharztstr.
Hausnummer	6a
Hausnummern- / Adresszusatz	

Postleitzahl

04109

Ort *

Leipzig

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung

Zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach dem SGB IX und dem LBlindG ist es erforderlich, Unterlagen beizuziehen, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand oder über gewährte Sozialleistungen geben können (§ 67a SGB X). Die beigezogenen Unterlagen werden im Verfahren verarbeitet, gespeichert und ausgewertet. Sollten Sie die Einwilligung zur Beiziehung der Unterlagen verweigern, kann über Ihren Anspruch nach diesem Antrag nicht oder nur eingeschränkt entschieden werden. Deshalb benötigen wir von Ihnen nachfolgende Einwilligungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung.

Im Zusammenhang mit meinem Antrag auf Feststellung ☒
nach dem Schwerbehindertenrecht erkläre ich mich damit
einverstanden, dass die für das Feststellungsverfahren
nach dem SGB IX und dem LBlindG zuständige Behörde
die für die Entscheidung über meinen Antrag erforderlichen
Auskünfte und Unterlagen einschließlich psychiatrischer,
psychoanalytischer und psychotherapeutischer
Untersuchungen/ Behandlungen bei den von mir in diesem
Antrag benannten Ärzten, Psychologen,
Psychotherapeuten, Gutachtern, Heilpraktikern und
sonstigen Heilbehandlern, Pflegepersonen sowie bei
Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen
Krankenanstalten, Vorsorge- und
Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheimen, Schulen,
Werkstätten für behinderte Menschen, gesetzlichen sowie
privaten Renten-, Kranken-, Pflege- und
Unfallversicherungsträgern, Berufsgenossenschaften und
Behörden, einschließlich der medizinischen Dienste sowie
sonstigen von mir in diesem Antrag benannten Stellen,
Einrichtungen, Gerichten und Behörden, einholt und die
damit verbundenen personenbezogenen Daten,
einschließlich Gesundheitsdaten, zu diesem Zweck
verarbeitet. Dies gilt für alle Ärzte sowie Psychologen, die
ich im Antrag angegeben habe oder noch benennen werde
oder die sich aus Unterlagen ergeben, die ich eingereicht
habe oder noch einreichen werde.

Folgende Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten,
Gutachter, Unternehmen, Einrichtungen und Gerichte
schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus

Folgende Unterlagen schließe ich ausdrücklich von dieser
Einwilligung aus

Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ☒
ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte,
Psychologen, Psychotherapeuten, Gutachter,
Unternehmen, Einrichtungen und Gerichte von ihrer
Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte
und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.
Untersuchungen und Begutachtungen, die während des
laufenden Verfahrens stattgefunden haben, werde ich der
für meinen Wohnort zuständigen Verwaltung des
Landkreises/der kreisfreien Stadt umgehend mitteilen.
Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre,
bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen
über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden
können.

Hinweise

Hinweise

1. Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.
2. Ich versichere, dass ich alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.
3. Änderungen in den persönlichen Verhältnissen, insbesondere eine Besserung der angegebenen Funktionsbeeinträchtigungen, die Änderung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthalts, der Entzug eines ausländerrechtlichen Aufenthaltstitels und die Beantragung bzw. der Bezug von gleichartigen Leistungen sind unverzüglich unter Angabe entsprechender Nachweise mitzuteilen.
4. Die Ausweise werden von der zuständigen Behörde nach Anbringen des Passbildes nur noch per Post versandt. Aufgrund des zentralen Drucks der Schwerbehindertenausweise kann auch bei persönlicher Abgabe des Passbildes die Aushändigung des Schwerbehindertenausweises nicht sofort erfolgen.
5. Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Auskünfte und Unterlagen, die die Verwaltung im Zusammenhang mit dem Verfahren nach dem SGB IX erhalten hat, nach den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden dürfen, soweit dies für die gesetzliche Aufgabenerfüllung der betroffenen Leistungsträger erforderlich ist (§§ 69 Abs. 1, 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X).

Dieser Datenübermittlung an andere Leistungsträger kann von Ihnen widersprochen werden. Der Weitergabe kann auch noch später widersprochen werden. Die erhobenen Daten werden elektronisch gespeichert.

Stimmen Sie der Datenübermittlung an andere Leistungsträger zu? * ☐ Ja

Anlagen

Anlagen

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung * [Test.pdf](#)

Hinweis

Sie haben Fragen oder Anmerkungen? Wenden Sie sich gern an:

Sozialamt

Telefonnummer: FEHLER: Telefon in OE nicht gesetzt

E-Mail: FEHLER: Email in OE nicht gesetzt

Prozessdaten

Amt24-Antragsnummer: AZ-yGuZOdU6i0qi9gzMSkQ

Version: m6000526.KOMM24FeststellungBehinderung-OAA : v4.0.0

Datum: 2026/07/30 10:21:08 Uhr