

1	Märkischer Kreis - Der Landrat Schwerbehindertenrecht - FD 79 Bismarckstr. 17 58762 Altena	Geschäfts-/Aktenzeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

<input type="checkbox"/> <b>Erstantrag</b>	<input type="checkbox"/> <b>Änderungsantrag</b>
--	---

nach § 69 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX)  
- Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen -  
**- Schwerbehindertenrecht -**  
zur Feststellung einer Behinderung, eines - höheren - Grades der Behinderung (GdB),  
- weiterer - gesundheitlicher Merkmale sowie Ausstellung eines - neuen - Ausweises

**Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?**

Nein     Ja, bei \_\_\_\_\_ Geschäfts-/Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**WICHTIGE HINWEISE**

**Um sachgerecht über diesen Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - aus. Beachten Sie hierbei bitte auch die Erläuterungen ab der 7. Seite dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der 5. Seite zwei Mal zu unterschreiben.**

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflegegutachten, Betreuungsgutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde (keine Röntgenbilder) in Ihren Händen befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein. Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Soweit Sie vom Angebot der Datenbeschaffung durch den Märkischen Kreis Gebrauch machen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende dieses Antragsvordrucks. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b Absatz 1 SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind.

**2 Angaben zur Person, zu gesetzlichen Vertretern, Betreuern und Bevollmächtigten**

Name der Antragstellerin/ des Antragstellers		Vorname	
Geburtsname	Geburtsort	geboren am	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit	Bitte <b>Kopie des Aufenthaltstitels</b> beifügen, wenn Sie ausländische/r Mitbürger/in eines Landes sind, das <b>nicht der EU</b> angehört. Wenn Sie im <b>Ausland wohnen</b> und einen Arbeitsplatz in Deutschland haben, bitte <b>Bescheinigung des jetzigen Arbeitgebers</b> beifügen.		
Straße, Hausnummer			
PLZ		Wohnort	
Tagsüber erreichbar unter der Telefon Nr. (Angabe freiwillig)		Sind Sie erwerbstätig? (siehe Erläuterungen S. 7) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bei <b>Minderjährigen</b> unter 15 Jahren: Nachname, Vorname des 1. Elternteils			sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Ja
<b>Anschrift:</b>		<b>Tel.-Nr.</b> (freiwillig)	
Bei <b>Minderjährigen</b> unter 15 Jahren: Nachname, Vorname des 2. Elternteils			sorgeberechtigt <input type="checkbox"/> Ja
<b>Anschrift:</b>		<b>Tel.-Nr.</b> (freiwillig)	
Bitte eine <b>Vollmacht</b> bzw. <b>Kopie der Bestallungsurkunde</b> oder des <b>Betreuerausweises</b> beifügen		weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/>
andere gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigung: Nachname, Vorname			
<b>Anschrift:</b>		<b>Tel.-Nr.</b> (freiwillig)	

**3 Angaben zu einer anderweitigen Feststellung**

<b>3.1</b>	<p>Haben Sie bereits einen Antrag gestellt oder eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) erhalten bei/von</p> <p>1. einer Berufsgenossenschaft wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2. einem Versorgungsamt oder einem Landschaftsverband (z.B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>3. einer anderen Dienststelle (z.B. Landesamt, Wehrbereichsgebührenamt)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn Sie eine dieser Fragen mit "Ja" beantwortet haben, legen Sie bitte den entsprechenden Bescheid in Kopie bei oder teilen Sie mit, von welcher Stelle</p> <p>und unter welchem Geschäfts-/Aktenzeichen _____</p> <p>gegebenenfalls Tag des Unfalls/der Schädigung etc. _____</p> <p>diese Entscheidung getroffen wurde bzw. der Antrag bearbeitet wird, damit die Unterlagen angefordert werden können.</p>
<b>3.2</b>	<p>Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter (Funktions-)Beeinträchtigungen geltend machen?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja - Bitte weiter mit Punkt 4 ff -      <input type="checkbox"/> Nein - Bitte weiter mit Punkt 10 ff -</p>

**4 Angaben zu Ihrer Krankenkasse**

	<p>Für die Anforderung von Befundberichten von den Ihnen nachfolgend angegebenen Ärztinnen/Ärzten geben sie bitte den <b>Namen und die Anschrift Ihrer Krankenkasse</b> an:</p> <p>_____</p>
--	--

**5 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen**

	<p>Führen Sie bitte hier die Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Wirbelsäulenleiden, Bluthochdruck) auf, die - neu - als Beeinträchtigungen festgestellt werden sollen oder sich geändert / verschlimmert haben. <b>Es reicht nicht aus, auf die beim Arzt anzufordernden Unterlagen zu verweisen. Lesen Sie bitte hierzu vorher die Erläuterungen zu Punkt 5 auf der Seite 7 !</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

**6 Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu Punkt 5 (in den letzten 2 Jahren)**

<b>6.1</b>	<b>Hausarzt</b>			
	Name	Fachgebiet		letzte Behandlung Monat / Jahr
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	

**6.2 Weitere Ärzte**

<b>Hinweis:</b> Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, ob dort Befunde sämtlicher von Ihnen nachstehend angegebener Fachärzte - <u>außer Augen- und HNO-Ärzte und Krankenhäuser/Kurkliniken</u> - vorliegen und bitten Sie ihn gegebenenfalls, diese Unterlagen auf Anfrage dem Märkischen Kreis zur Verfügung zu stellen.		
<b>Facharzt</b>		
Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Facharzt</b>		
Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Facharzt</b>		
Name	Fachgebiet	Behandlung von - bis
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

**7 Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu Punkt 5 (in den letzten 2 Jahren)**

<b>Name des Krankenhauses</b>	<b>Wichtig!</b> Abteilung / Station	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/>	Stationär <input type="checkbox"/>
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Name des Krankenhauses</b>	<b>Wichtig!</b> Abteilung / Station	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/>	Stationär <input type="checkbox"/>
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>Name des Krankenhauses</b>	<b>Wichtig!</b> Abteilung / Station	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/>	Stationär <input type="checkbox"/>
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

**8 Angaben zu Ihren Rehabilitationsverfahren / Kuren zu Punkt 5 (in den letzten 2 Jahren)**

Name der Klinik	Behandlung von _____ bis _____	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Name des Kostenträgers	Mitgliedsnummer / Geschäftszeichen	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		



**9 Sonstige Angaben zu Ihren unter Punkt 5 geltend gemachten Gesundheitsstörungen**

Name und Anschrift des Leistungsträgers bzw. der Stelle	ärztliche Unterlagen bzw. Gutachten	Datum des Gutachtens / der ärztl. Untersuchung	Geschäfts-/Aktenzeichen, Versicherungsnummer
Pflegekasse Pflegestufe _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Landschaftsverband (Blindengeld, Hilfe für Gehörlose)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Gericht(u.a. Betreuungsgutachten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Rentenversicherungsträger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		

**10 Angaben zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und Ausstellung eines Ausweises**

<b>10.1</b>	Es soll festgestellt werden, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen vorliegen: <b>(Bitte beachten Sie die Erläuterung unter 10.1 auf der Seite 8 und kreuzen Sie ggf. an)</b>							
	<input type="checkbox"/> - G -	<input type="checkbox"/> - aG -	<input type="checkbox"/> - B -	<input type="checkbox"/> -RF -	<input type="checkbox"/> - H -	<input type="checkbox"/> -1.Kl. -	<input type="checkbox"/> - BI -	<input type="checkbox"/> - GI -
<b>10.2</b>	<input type="checkbox"/> Ich benötige keinen Ausweis							
<b>10.3</b>	Falls ein Ausweis ausgestellt wird, ist dieser ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein <b>besonderes Interesse</b> (Steuer/Rente) glaubhaft machen, kann auch ein früherer Gültigkeitszeitpunkt bescheinigt werden.							
	Ich beantrage eine Rückwirkung ab: _____ wegen <input type="checkbox"/> Steuer <input type="checkbox"/> Rente oder wegen _____							
<b>Hinweis:</b> Das Finanzamt gewährt den Pauschbetrag nach dem Einkommenssteuergesetz (EStG) bereits für das Jahr der Antragstellung, wenn die Voraussetzungen an mindestens einem Tag im Kalenderjahr vorgelegen haben.								

**11 Erklärungen**

<b>11.1</b>	<p style="text-align: center;"><b>Schweigepflichtsentbindung und Einverständnis zur dauerhaften Lichtbildspeicherung</b></p> <p>Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass der Märkische Kreis in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden, Gerichten sowie von den sonstigen von mir benannten Stellen (s. Ziffer 9 des Antragsvordruckes) Auskünfte einholt und Unterlagen bezieht in dem Umfang, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. Mein Einverständnis gilt auch für Unterlagen, die diese Ärztinnen / Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen / Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die beteiligten Ärztinnen / Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.</p> <p><b>Falls ich diese Einverständniserklärung widerrufen oder einschränken will, mache ich folgende Erklärung</b> _____</p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Märkischen Kreis mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung,</li> <li>- anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie</li> <li>- den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit</li> </ul> <p>übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr.1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).</p> <p><b>Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.</b></p> <p>Mit der dauerhaften Speicherung meines Lichtbildes zur Ausweisausstellung bin ich einverstanden. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen.)</p> <p><b>Datum:</b> _____</p> <p><b>Unterschrift:</b>  _____</p> <p>der Antragstellerin/des Antragstellers, des <u>gesetzlichen</u> Vertreters, des Betreuers oder des Inhabers einer entsprechenden Vollmacht (Vorsorgevollmacht)</p> <p style="text-align: center;"><b>Bei Minderjährigen unter 15 Jahren bitte Unterschriften <u>aller</u> sorgeberechtigten Personen!</b></p>
<b>11.2</b>	<p><b>Unterschrift:</b> _____ <b>Unterschrift:</b> _____</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Unterschrift für die rechtswirksame Antragstellung</b></p> <p>Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe</p> <p><b>Datum:</b> _____</p> <p><b>Unterschrift:</b>  _____</p> <p>der Antragstellerin/des Antragstellers, des Betreuers, des Vertreters</p> <p style="text-align: center;"><b>Bei Minderjährigen unter 15 Jahren bitte Unterschriften <u>aller</u> sorgeberechtigten Personen!</b></p> <p><b>Unterschrift:</b> _____ <b>Unterschrift:</b> _____</p> <p><b>Dem Antrag füge ich bei:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1 Lichtbild aus neuester Zeit (45 x 35 mm im Hochformat ohne Rand, <b>mit Ihrem Namen auf der Rückseite</b>) - Lichtbild nur erforderlich ab Vollendung des 10. Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises.</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis Aufenthaltsstatus      <input type="checkbox"/> Ergänzungsbögen zum Antrag</p>



## Erläuterungen zum Ausfüllen des Antragsvordrucks

Sollten Sie Fragen zum Antrag haben, wenden Sie sich bitte an den Märkischen Kreis, Fachdienst Schwerbehindertenrecht, Bismarckstr. 17, 58762 **Altena**

telefonisch unter der Rufnummer 02352/966-60

oder persönlich zu den Öffnungszeiten montags- freitags 8.30 bis 12.00 Uhr und donnerstags zusätzlich von 13.30 bis 15.30 Uhr. Termine außerhalb der Öffnungszeiten können telefonisch vereinbart werden.

**Für die bloße Verlängerung der Gültigkeitsdauer eines Ausweises ist dieser Antrag nicht erforderlich!**

**Sofern der im Antragsvordruck vorgesehene Raum nicht ausreicht, führen Sie bitte Ihre Angaben auf einem gesonderten Blatt fort. Beachten Sie bitte, dass auf Seite - 5 - zwei Unterschriften geleistet werden müssen!**

- zu 2 Bei ausländischen oder staatenlosen Mitbürgerinnen / Mitbürgern benötigen wir zum Nachweis des rechtmäßigen Aufenthalts eine Bescheinigung der zuständigen Ausländerbehörde oder eine beglaubigte Kopie des Passes; bei Kindern unter 16 Jahren die genannten Unterlagen eines Erziehungsberechtigten.  
Nach der **Erwerbstätigkeit** wird gefragt, weil für erwerbstätige Antragstellerinnen/Antragsteller, deren Schwerbehinderung (Grad der Behinderung mindestens 50) noch nicht festgestellt ist, besondere Regelungen zum Kündigungsschutz und zum Verfahren gelten. Erwerbstätig in diesem Sinne sind Sie, wenn Sie abhängig beschäftigt sind, selbständig Tätige gehören nicht dazu.  
Den besonderen Kündigungsschutz am Arbeitsplatz haben Sie, wenn Sie im Zeitpunkt der Kündigung die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch nachweisen können oder Ihre Schwerbehinderung offensichtlich ist. Dies gilt nicht, wenn wegen Ihrer fehlenden Mitwirkung über den Antrag noch nicht entschieden werden konnte. Ihre Mitwirkungspflicht haben Sie in der Regel erfüllt, wenn Sie einen ausgefüllten und unterschriebenen Antragsvordruck vorlegen, mit dem Sie hinsichtlich der beigefügten oder noch beizuziehenden Unterlagen die angegebenen Ärztinnen/Ärzte und Dritte von der Schweigepflicht entbinden.  
Um die Zeit zwischen dem Stellen des Antrages und dem Erteilen des Bescheides zu verkürzen, in der Sie und Ihr Arbeitgeber nicht wissen, ob Ihnen die Rechte und Nachteilsausgleiche wegen Schwerbehinderung zustehen, hat der Gesetzgeber sowohl für das Erstellen des ärztlichen Gutachtens als auch des Bescheides verkürzte Bearbeitungsfristen vorgeschrieben.  
Falls Sie an Ihrem Arbeitsplatz akut von Kündigung bedroht sind und den besonderen Kündigungsschutz nach dem SGB IX in Anspruch nehmen wollen, wird dringend empfohlen, sich telefonisch mit dem Märkischen Kreis in Verbindung zu setzen, um Möglichkeiten, das Verfahren zu beschleunigen, wahrnehmen zu können.
- zu 3 Wenn bereits eine andere Stelle eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) festgesetzt hat, kann diese für die Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) übernommen werden. Falls Sie dies wünschen, brauchen weitere Einzelheiten zu Ihrem Gesundheitszustand nicht aufgeklärt zu werden. Sie können dann gleich zu den Angaben unter Punkt 10 übergehen. Wenn Sie aber möchten, dass Gesundheitsstörungen festgestellt werden, die von der anderen Stelle bisher nicht berücksichtigt wurden, machen Sie bitte weitere Angaben ab der Nummer 4.
- zu 5 Geben Sie bitte hier alle Gesundheitsstörungen an, die als Behinderung festgestellt werden sollen. Dabei kommt es nicht darauf an, dass Sie die Gesundheitsstörungen mit den genauen medizinischen Fachausdrücken bezeichnen. Es reicht aus, wenn Sie in die vorgegebenen Spalten zum Beispiel "Bluthochdruck", "Wirbelsäulenerkrankung" oder "Herzerkrankung" eintragen.  
Hierbei wird in Ihrem Interesse von der Vermutung ausgegangen, dass alle bei Ihnen vorliegenden Gesundheitsstörungen als Behinderung festgestellt werden sollen. Es werden daher bei von Ihnen unter Punkt 6 bis 9 im Vordruck benannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern, Kliniken und Leistungsträgern Ihre gesamten derzeitigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfragt, um den höchstmöglichen Grad der Behinderung bzw. die maximale Anzahl an Merkzeichen zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen feststellen zu können.  
**Es steht Ihnen jedoch völlig frei zu entscheiden, dass bestimmte Gesundheitsstörungen auf keinen Fall als Behinderung festgestellt werden. Eine solche Beschränkung des Antrages nehmen Sie bitte formlos auf einem gesonderten Blatt vor.**  
Bedenken Sie hierbei bitte, dass die nicht als Behinderung festzustellenden Gesundheitsstörungen auch bei der Bewertung des Grades der Behinderung (GdB) außer Acht gelassen werden müssen.

**Bitte nehmen Sie die Blätter 7 und 8 zu Ihren Unterlagen, damit Sie die Informationen zum Verfahrensablauf greifbar haben.**

zu 6	<p>Tragen Sie bitte nur die Ärztinnen/Ärzte ein, die Ihre unter Nummer 5 genannten Gesundheitsstörungen in den letzten <u>2 Jahren</u> behandelt haben. Sollten mehrere als Hausärzte zu benennen sein, ergänzen /ändern Sie bitte die Titelzeile über dem entsprechenden Namensfeld.</p> <p>Die <b>genaue</b> Angabe der Namen und Anschriften der behandelnden Ärztinnen/Ärzte ist besonders wichtig. Sie vermeiden damit Rückfragen und andere Verzögerungen in der Bearbeitung Ihres Antrages.</p> <p>Zum Beispiel</p> <table border="1" data-bbox="263 392 1372 504"> <tr> <td data-bbox="263 392 662 448">Name Frau Dr. Inge Heilsam</td> <td data-bbox="662 392 1061 448">Fachgebiet Orthopädie</td> <td data-bbox="1061 392 1452 448">Behandlung von - bis 2001 - 2009</td> </tr> <tr> <td data-bbox="263 448 662 504">Straße, Hausnummer Musterstraße 55</td> <td data-bbox="662 448 1061 504">PLZ 99999</td> <td data-bbox="1061 448 1452 504">Ort Musterdorf</td> </tr> </table>	Name Frau Dr. Inge Heilsam	Fachgebiet Orthopädie	Behandlung von - bis 2001 - 2009	Straße, Hausnummer Musterstraße 55	PLZ 99999	Ort Musterdorf
Name Frau Dr. Inge Heilsam	Fachgebiet Orthopädie	Behandlung von - bis 2001 - 2009					
Straße, Hausnummer Musterstraße 55	PLZ 99999	Ort Musterdorf					
zu 7	<p>Neben der <b>genauen</b> Bezeichnung des Krankenhauses und seiner vollständigen Anschrift ist es wichtig, auch die Abteilung bzw. Station anzugeben, auf der Sie behandelt wurden. Kreuzen Sie bitte auch an, ob Sie ambulant oder stationär behandelt werden mussten.</p>						
zu 8	<p>Geben Sie hier bitte auch den Namen und die Anschrift des Leistungsträgers an, der die Kosten der Rehabilitationsverfahren / Kuren getragen hat (Kostenträger), da häufig die Unterlagen nur von dort zu erhalten sind.</p>						
zu 10.1	<p>Wenn Sie der Meinung sind, dass gesundheitliche Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen bei Ihnen vorliegen, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an.</p>						

### Erläuterung zu den Merkzeichen

- G -	<p><b>Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr</b> Ein Mensch ist in seiner Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr erheblich beeinträchtigt, wenn er infolge einer Einschränkung des Gehvermögens, auch durch innere Leiden, oder infolge von Anfällen oder von Störungen der Orientierungsfähigkeit nicht ohne erhebliche Schwierigkeiten oder ohne Gefahren für sich oder andere Wegstrecken im Ortsverkehr zurückzulegen vermag, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden (ca. 2 km in etwa ½ Stunde)</p>
- aG -	<p><b>Außergewöhnliche Gehbehinderung</b> Als schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung sind solche Personen anzusehen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können.</p>
- B -	<p><b>Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson</b> Schwerbehinderte Menschen sind zur Mitnahme einer Begleitperson berechtigt, wenn sie bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln infolge ihrer Behinderung regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen sind.</p>
- RF -	<p><b>Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht</b> Aus gesundheitlichen Gründen sind nach landesrechtlichen Vorschriften folgende Menschen von der Rundfunkgebührenpflicht zu befreien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Blinde oder nicht nur vorübergehend wesentlich Sehbehinderte mit einem GdB von wenigstens 60 allein wegen der Sehbehinderung,</li> <li>- Hörgeschädigte, die gehörlos sind oder denen eine ausreichende Verständigung über das Gehör auch mit Hörhilfen nicht möglich ist,</li> <li>- Schwerbehinderte Menschen mit einem GdB von wenigstens 80, die wegen ihres Leidens an öffentlichen Veranstaltungen ständig nicht teilnehmen können.</li> </ul> <p><b>Die behinderten Menschen müssen allgemein von öffentlichen Zusammenkünften ausgeschlossen sein. Es genügt nicht, dass sich die Teilnahme an einzelnen, nur gelegentlich stattfindenden Veranstaltungen -bestimmter- Art verbietet.</b></p>
- H -	<p><b>Hilflosigkeit</b> Hilflos ist ein Mensch, wenn er für eine Reihe von häufigen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung seiner Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe dauernd bedarf.</p>
- 1.KI -	<p><b>Notwendigkeit für die Benutzung der 1. Wagenklasse</b> Die Voraussetzungen für die Benutzung der 1. Wagenklasse mit dem Fahrausweis der 2. Wagenklasse erfüllen ausschließlich Kriegsbeschädigte und Verfolgte im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um wenigstens 70 v.H., wenn der auf den anerkannten Schädigungsfolgen beruhende körperliche Zustand bei Eisenbahnfahrten ständig die Unterbringung in der 1. Wagenklasse erfordert.</p>
- BI -	<p><b>Blindheit</b> Blind ist ein Mensch, der das Augenlicht vollständig verloren hat; als blind ist auch ein Mensch anzusehen, dessen Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt oder bei dem eine dem Schweregrad dieser Sehschärfe gleichzuachtende, nicht nur vorübergehende Störung des Sehvermögens vorliegt.</p>
- GI -	<p><b>Gehörlosigkeit</b> Gehörlos ist ein Mensch, bei dem Taubheit beiderseits oder eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit beiderseits verbunden mit schweren Sprachstörungen (schwer verständliche Lautsprache, geringer Sprachschatz) vorliegt. In der Regel zählen hierzu hörbehinderte Menschen, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben ist.</p>



zu 10.3	Bitte beachten Sie, dass der Pauschbetrag vom Finanzamt bereits für das Jahr der Antragstellung gewährt wird, auch wenn die Voraussetzungen nur an mindestens einem Tag im Jahr vorgelegen haben. Sofern Sie jedoch ein besonderes Interesse (z.B. aus steuerlichen Gründen) daran haben, dass festgestellt wird, dass Schwerbehinderung, Grad der Behinderung oder gesundheitliche Merkmale schon <u>vor</u> der Antragstellung vorgelegen haben, tragen Sie bitte das entsprechende Datum ein und geben Sie den Grund an.
zu 11	<p><b>Bitte lesen Sie die Erklärungen sorgfältig durch. Vergessen Sie bitte nicht, die Schweigepflichtsentbindung sowie die Erklärung zum Antrag zu unterschreiben!</b> <b>(2 Unterschriften!)</b></p> <p>Die Schweigepflichtsentbindung ist <b>ausschließlich</b> von der Antragstellerin / dem Antragsteller, dem <u>gesetzlichen</u> Vertreter oder Betreuer oder dem Inhaber einer dementsprechenden Vollmacht (Vorsorgevollmacht), <b>nicht aber von der / dem Bevollmächtigten</b> zu unterschreiben. <b>Ohne diese Erklärung / zwei Unterschriften dürfen keine ärztlichen Befunde beigezogen werden, so dass der Antrag nicht bearbeitet werden kann.</b> <b>Bei Minderjährigen unter 15 Jahren sind die Unterschriften <u>aller</u> sorgeberechtigten Personen erforderlich.</b></p>

### **Informationen zum Verfahrensablauf**

Wenn dieser ausgefüllte und unterschriebene Antragsvordruck dem Märkischen Kreis vorliegt und die eventuell von Ihnen beigelegten Unterlagen für eine Feststellung nicht ausreichen, werden von Ihnen benannte Ärztinnen/Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Stellen (z. B. Rentenversicherungsträger, Gesundheitsamt, Pflegekasse) angeschrieben. Diese werden gebeten, medizinische Unterlagen über die bei Ihnen vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu übersenden. Kosten entstehen Ihnen dadurch nicht. Falls Sie Unterlagen selbst besorgen, können Aufwendungen hierfür (zum Beispiel Porto, Kosten für Atteste oder Gutachten) allerdings im Feststellungsverfahren nicht erstattet werden.

Sobald die notwendigen medizinischen Unterlagen vorliegen, werden sie unter ärztlicher Beteiligung ausgewertet. Falls die Unterlagen zur Feststellung des Grades der Behinderung und/oder der Merkzeichen ausnahmsweise nicht ausreichen und eine ärztliche Untersuchung erforderlich ist, werden Sie noch besonders benachrichtigt.

Unter Berücksichtigung der medizinisch-gutachtlichen Prüfung erteilt dann die/der zuständige Sachbearbeiter/in den Feststellungsbescheid. Mit ihm zusammen erhalten Sie, falls der Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt, den Schwerbehindertenausweis, sofern ein Lichtbild vorliegt.

Der Märkische Kreis ist bemüht, über Ihren Antrag alsbald zu entscheiden und wird die angeschriebenen Ärztinnen/Ärzte und Stellen bitten, die Anfragen beschleunigt zu beantworten und auch gegebenenfalls mehrfach erinnern. Es lässt sich aber nicht ausnahmslos erzwingen, dass Unterlagen ohne Verzögerung übersandt werden. Erfahrungsgemäß nehmen die Ermittlungen deshalb einige Wochen in Anspruch. Bitte bedenken Sie dies, wenn Sie sich nach dem Stand der Angelegenheit erkundigen möchten.

**Vielen Dank im voraus für Ihr Verständnis**