

**Landratsamt Ludwigsburg**  
 - Versorgungsangelegenheiten -  
 (Dienstgebäude: Hindenburgstr. 40)

**Öffnungszeiten:**  
 Montag - Freitag 8:30 - 12:00 Uhr  
 Montag 13:30 - 15:30 Uhr  
 Donnerstag 13:30 - 18:00 Uhr

**An das  
 Landratsamt Ludwigsburg  
 -Versorgungsangelegenheiten-  
 Postfach 760**

**71607 Ludwigsburg**

**Änderungen nach  
 § 152 Sozialgesetzbuch  
 - Neuntes Buch - (SGB IX)**

**Schwerbehindertenrecht**

**Az.:** \_\_\_\_\_

Wir müssen Ihre gesundheitlichen Verhältnisse überprüfen. Bitte teilen Sie uns unter Ziffer III. Ihre/n behandelnden Arzt/Ärzte mit.

Mit freundlichen Grüßen  
 Ihr Landratsamt

**Änderungsantrag**

Ich beantrage:

die Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB) wegen Verschlimmerung der bisher berücksichtigten Gesundheitsstörungen / neu aufgetretener Gesundheitsstörungen

die Feststellung weiterer gesundheitlicher Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen **und zwar:**

- Merkzeichen „G“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr / bei der Kfz-Steuer wegen erheblicher Gehbehinderung)
- Merkzeichen „Gl“ (Nachteilsausgleiche im Nahverkehr/bei der Kfz-Steuer wegen Gehörlosigkeit)
- Merkzeichen „B“ (Freifahrt für eine Begleitperson, wenn eine Berechtigung zur Mitnahme besteht)
- Merkzeichen „aG“ (Parkerleichterung wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung, z.B. Querschnittgelähmte)
- Merkzeichen „H“ (Nachteilsausgleiche wegen Hilflosigkeit, Notwendigkeit dauernder Hilfe in erheblichem Umfang)
- Merkzeichen „RF“ (Rundfunkbeitragsermäßigung und Sozialtarif für Telefonanschlüsse)
- Merkzeichen „Bl“ (Blindheit)
- Merkzeichen „TBl“ (Taubblindheit)

**I. Angaben zur Person**

**- Bitte in Blockschrift ausfüllen -**

|  |   |
|--|---|
| <p style="text-align: center; font-size: small;"><u>Nur angeben, wenn oben nicht eingedruckt!</u></p> <p><b>1. Name</b> _____</p> <p><b>Vorname</b> _____</p> <p><b>Geburtsdatum</b> _____</p> <p>tagsüber tel. zu erreichen unter: _____</p>  | <p><b>2. Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt</b> (sofern geändert)</p> <p><b>Straße, Hausnummer:</b> _____</p> <p><b>Postleitzahl, Ort:</b> _____</p>   |
|  | <p><b>3. Sind Sie erwerbstätig?</b> ja <input type="checkbox"/></p>   |
| <p><b>4. Aufenthaltsbescheinigung</b></p> <p><b>Ausländische Antragsteller (außer Unionsbürger):</b><br/>         Bitte Pass (Kopie) vorlegen</p> <p>Bitte fügen Sie eine amtliche Bescheinigung über den rechtmäßigen Aufenthalt oder eine Duldung bei oder lassen Sie die nebenstehende Bescheinigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen, soweit dem Landratsamt ein nicht weiterhin gültiger unbefristeter Aufenthaltstitel vorliegt.</p> <p><b>Grenzarbeitnehmer:</b></p> <p>Bitte fügen Sie eine Arbeitsbescheinigung Ihres derzeitigen Arbeitgebers und ggf. eine Arbeitserlaubnis bei.</p> | <p>Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.</p> <p><input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis/Niederlassungserlaubnis/Erlaubnis zum Daueraufenthalt-EG/Aufenthaltsgestattung</p> <p>erteilt am _____ ggf.: gültig bis: _____</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> nur Duldung erteilt am _____ gültig bis _____</p> <p>Ausländerbehörde<br/>         Im Auftrag</p> <p>_____</p> <p>Datum, Stempel, Unterschrift</p> |

## II. Angaben über die Gesundheitsstörungen / Erklärungen

|  |  |
|--|--|
| <b>Welche</b> der bei Ihnen länger als 6 Monate vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen und den daraus resultierenden Funktionsbeeinträchtigungen haben sich <b>verschlimmert</b> oder sind seit der letzten Entscheidung <b>neu aufgetreten</b> ?   | <b>Ursache:</b> z.B. angeborene Gesundheitsstörungen, <b>Arbeits-</b> , Verkehrs-, häuslicher <b>Unfall</b> , Berufskrankheit, Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung, Folgen einer Gewalttat, Impfschaden, sonstige Ursachen |
| ①  |  |
| ②  |  |
| ③  |  |
| ④  |  |
| ⑤  |  |
| ⑥  |  |
| 2. Soll Ihr Antrag <b>alle Gesundheitsstörungen</b> , die sich aus den ärztlichen Unterlagen ergeben - auch wenn sie unter II.1 von Ihnen nicht aufgeführt wurden - umfassen?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Wir empfehlen Ihnen, Ihren behandelnden Arzt über den Antrag zu unterrichten. Beachten Sie bitte, dass die nicht zu berücksichtigenden Gesundheitsstörungen auch nicht in die Bewertung des Grades der Behinderung einbezogen werden können. |  |

## III. Angaben zu behandelnden Ärzten / Fachärzten / Kliniken

| 1. Hausarzt                                   | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen ( <b>Nr. 1-6 bitte ankreuzen</b> ) |                                  |  |
|---|--|----------------------------------|--|
| Name:<br><br><br>Straße:<br>PLZ/Ort:          | ① ②<br><br>③ ④<br><br>⑤ ⑥  | Datum der letzten<br>Behandlung: | bitte Spalte <b>un-</b><br><b>bedingt aus-</b><br><b>füllen</b><br> |
| 2. Fachärzte / Fachrichtung                   |  |                                  |  |
| Name/Fachrichtung:<br><br>Straße:<br>PLZ/Ort: | ① ②<br><br>③ ④<br><br>⑤ ⑥  | Datum der letzten<br>Behandlung: | Überweisung<br>durch den<br>Hausarzt<br><br><input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |
| Name/Fachrichtung:<br><br>Straße:<br>PLZ/Ort: | ① ②<br><br>③ ④<br><br>⑤ ⑥  | Datum der letzten<br>Behandlung: | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |
| Name/Fachrichtung:<br><br>Straße:<br>PLZ/Ort: | ① ②<br><br>③ ④<br><br>⑤ ⑥  | Datum der letzten<br>Behandlung: | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |
| Name/Fachrichtung:<br><br>Straße:<br>PLZ/Ort: | ① ②<br><br>③ ④<br><br>⑤ ⑥  | Datum der letzten<br>Behandlung: | <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein   |

| 3. Krankenhausbehandlungen  |                   | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen) |
|---|-------------------|---|
| Name:   | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥ | Behandlungszeitraum von – bis   |
| Abteilung, Station:   |                   | _____   |
| Straße:   |                   | <input type="checkbox"/> stationär  |
| PLZ/Ort:  |                   | <input type="checkbox"/> ambulant   |
| Name:   | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥ | Behandlungszeitraum von – bis   |
| Abteilung, Station:   |                   | _____   |
| Straße:   |                   | <input type="checkbox"/> stationär  |
| PLZ/Ort:  |                   | <input type="checkbox"/> ambulant   |
| 4. Reha-Einrichtungen / Kurkliniken   |                   | wegen der <b>unter II.</b> angegebenen Gesundheitsstörungen (Nr. 1-6 bitte ankreuzen) |
| Name:   | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥ | Behandlungszeitraum von – bis   |
| Straße:   |                   | _____   |
| PLZ/Ort:  |                   | <input type="checkbox"/> stationär  |
| Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung): |                   | <input type="checkbox"/> ambulant   |
| Name:   | ① ②<br>③ ④<br>⑤ ⑥ | Behandlungszeitraum von – bis   |
| Straße:   |                   | _____   |
| PLZ/Ort:  |                   | <input type="checkbox"/> stationär  |
| Kostenträger und Aktenzeichen (z.B. Krankenkasse, Deutsche Rentenversicherung): |                   | <input type="checkbox"/> ambulant   |

#### IV. Angaben zu früheren Feststellungen

|  |                                      |                               |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| Wurde bereits eine Entscheidung getroffen<br>1. von einem <b>Versorgungsamt / Landratsamt</b> oder einer anderen Verwaltungsbehörde (z.B. Wehrbereichsgebührensamt) oder einem Gericht über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad der Behinderung (GdB) bzw. über das Vorliegen von Schädigungsfolgen und den darauf beruhenden Grad der Schädigungsfolgen (GdS)?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen<br>2. von einer <b>Berufsgenossenschaft</b> über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit und der darauf beruhenden Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)<br>oder läuft ein entsprechendes Verfahren? (Bitte Feststellungsbescheide oder Unterlagen beifügen)<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    ggf. Unfalltag: _____ und Arbeitgeber: _____ |                                      |                               |
| Gesundheitsstörungen   | Verwaltungsbehörde / Leistungsträger | Geschäftszeichen des Vorgangs |
|  |                                      |                               |
| 3. Erhalten Sie <b>Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit</b> aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Entscheidung noch nicht ergangen    Beginn der Leistung: _____ letzte Untersuchung: _____<br><b>Anschrift und Versicherungsnummer</b> des Sozialversicherungsträgers: _____  |                                      |                               |

4. Erhalten Sie **Pflegegeld** oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Ja  Nein  Entscheidung noch nicht ergangen **Pflegegrad:** \_\_\_\_\_ **Beginn der Leistung:** \_\_\_\_\_

**letzte Untersuchung:** \_\_\_\_\_

**Anschrift und Geschäftszeichen des Leistungsträgers (Krankenkasse/Pflegekasse):**

5. Bei behinderten Kindern (**von den Eltern auszufüllen**):

Besucht Ihr Kind eine/n Behinderteneinrichtung/-kindergarten/-schule  oder eine/n Regelkindergarten bzw. Regelschule

**Bezeichnung und Anschrift:**

Werden Leistungen der Eingliederungshilfe vom Sozialamt bezogen?  Ja  Nein

6. Bei welchen sonstigen bisher nicht angegebenen Stellen können weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen angefordert werden (z.B.: Blindenhilfe)?

**Bezeichnung und Anschrift:**

## V. Allgemeiner Hinweis

**Wenn Sie** diesem **Antrag** bereits ein **farbiges Passbild beifügen**, (Rückseite mit Namen beschriften) **wird Ihnen** bei Vorliegen der Voraussetzungen (Grad der Behinderung wenigstens 50) **der Ausweis direkt übersandt**, sofern keine Zweifel an der Identität bestehen. Für Kinder unter 10 Jahren ist kein Passbild einzureichen. Dies gilt auch für Menschen, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können.

## VI. Erklärung zum Datenschutz und Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Sofern beigefügte Unterlagen nicht ausreichen, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass das Landratsamt die in diesem Verwaltungsverfahren und in einem evtl. sich anschließenden Vorverfahren erforderlichen Auskünfte und Unterlagen von allen angegebenen Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, gesetzlichen und privaten Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste, Behörden und sonstigen Einrichtungen bezieht, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich **entbinde** Ärzte, sonstige beteiligte Personen und Stellen von ihrer **Schweigepflicht** und **stimme** der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen **ausdrücklich zu**.

**Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses**

**Ich nehme zur Kenntnis**, dass die Daten, die dem Landratsamt im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SGB IX bekannt geworden sind, auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Renten- oder Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i.V.m. § 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch – Zehntes Buch, SGB X) und ich **dem widersprechen** kann.

**Die beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich ebenfalls zur Kenntnis genommen.**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers bzw. des  
Vertreters (**Vollmacht/ Bestallungsurkunde/  
Betreuerausweis – bitte Kopie – vorlegen**)

**Dem Antrag füge ich bei:**

- 1 farbiges Passbild aus neuester Zeit  
 Kopien ärztlicher Befunde