

## Fragebogen für Schwerbehindertenangelegenheiten

Aktenzeichen des Sozialgerichts \_\_\_\_\_ (sofern bekannt)

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Derzeit ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Ich begehre eine Erhöhung des GdB auf \_\_\_\_\_  
(Bitte Höhe des begehrten GdB angeben)

Ich begehre die Zuerkennung folgender Nachteilsausgleiche:

- 0 „G“ erheblich beeinträchtigt in der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr
- 0 „aG“ außergewöhnlich gehbehindert
- 0 „B“ auf ständige Begleitung bei öffentlichen Verkehrsmittel angewiesen
- 0 „RF“ ständig gehindert an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen
- 0 „H“ hilflos
- 0 „BL“ blind

Wichtiger Hinweis: Sie können nur solche Nachteilsausgleiche begehren,  
deren Zuerkennung Sie schon im Verwaltungsverfahren  
beantragt haben.

1. Ich leide an folgenden Krankheiten: (Bitte nur erhebliche Krankheiten angeben)

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_
- f) \_\_\_\_\_
- g) \_\_\_\_\_
- h) \_\_\_\_\_
- i) \_\_\_\_\_
- j) \_\_\_\_\_

2. Ich bin bzw. war (in den letzten 3 Jahren) bei folgenden Ärzten in Behandlung:  
(Bitte Namen und genaue Anschrift mit PLZ angeben)

a) **(Hausarzt)^** \_\_\_\_\_

Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

b) **(Orthopäde)** \_\_\_\_\_

Behandlung wegen \_\_\_\_\_

c) **(Internist)** \_\_\_\_\_

Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

d) **(Nervenarzt)** \_\_\_\_\_

Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

e) **(HNO- Arzt)** \_\_\_\_\_

Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

f) **(Augenarzt)** \_\_\_\_\_

Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

g) **(Radiologe)** \_\_\_\_\_

Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

h) **(Urologe)** \_\_\_\_\_

Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

i) **(andere)** \_\_\_\_\_

Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

j) **(andere)** \_\_\_\_\_

Behandlung wegen: \_\_\_\_\_

k) **(andere)** \_\_\_\_\_

3. Ich bin in den letzten vier Jahren in folgenden Krankenhäusern behandelt worden:

**Name Anschrift und Abteilung der Krankenanstalt /**

**Zeitraum der Behandlung**

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

4. Ich bin in den letzten 3 Jahren in folgenden Gerichts- oder Verwaltungsverfahren ärztlich untersucht worden:

**(Namen des Gerichts / der Behörde, Aktenzeichen und Datum der Untersuchung bitte angeben)**

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

5. Ich habe in den letzten 2 Jahren folgende ärztlich verordnete Medikamente dauerhaft eingenommen:

**(Medikamentenname, Einnahmezeitraum von/bis, tägliche Dosis)**

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

d) \_\_\_\_\_

e) \_\_\_\_\_

## Erklärung

In dem Verfahren entbinde ich die Ärzte/Psychotherapeuten, bei denen ich in Behandlung bin oder früher in Behandlung oder zur Untersuchung war, von ihrer Schweigepflicht.

Ich stimme der Heranziehung und der Einsichtnahme in über mich geführte medizinische Unterlagen (z. B. Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Kurberichte, Röntgenbilder) durch das Gericht und die von ihm beauftragten medizinischen Sachverständigen zu. Ich bin mit der Beiziehung der Streitakten aus laufenden und abgeschlossenen Verfahren vor den Sozialgerichten wie auch mit der Beiziehung von Akten anderer Gerichte, Behörden und Sozialversicherungsträger einverstanden. Dies gilt insbesondere für die Verwaltungsvorgänge:

- der zuständigen Krankenkasse
- des zuständigen Unfallversicherungsträgers (Berufsgenossenschaft)
- des zuständigen Versorgungsamtes
- des zuständigen Rentenversicherungsträgers (z. B. DRV-Rheinland, DRV-Bund)
- der zuständigen Agentur für Arbeit

Insoweit entbinde ich auch die vorgenannten Stellen von ihren sozialrechtlichen und sonstigen Geheimhaltungspflichten.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift