



**Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration**  
**Versorgungsamt Hamburg**  
**Adolph-Schönfelder-Str. 5, 22083 Hamburg**  
**Telefon: 0 40/4 28 63-0 Fax: 0 40/4 27 96 10 86**  
**E-Mail: [FS55@basfi.hamburg.de](mailto:FS55@basfi.hamburg.de)**  
**Internet: <http://www.hamburg.de/versorgungsamt>**

*Wird vom Versorgungsamt ausgefüllt*

<i>Aktenzeichen</i>	<i>Eingangsstempel</i>
<i>Daten erfasst:</i>	
<i>Datum, Namenszeichen</i>	

**Öffnungszeiten**

**Montag und Donnerstag 8 - 16 Uhr**

Service-Point - zentrale Auskunft 4. OG Dienstag  
 und Mittwoch 8 - 16 Uhr, Freitag 8 - 13 Uhr

**Erstfeststellungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX)**

**Alle Angaben bitte in Blockschrift**

**Frühere Anträge nach dem Schwerbehindertenrecht SGB IX**

Ich habe bereits eine Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht:

Versorgungsamt	Grad der Behinderung (GdB)	Geschäftszeichen
----------------	----------------------------	------------------

**Antragstellerin / Antragsteller**

Familienname		Geburtsdatum	
Vorname (Rufnamen bitte unterstreichen)		männlich	weiblich
Geburtsname		Staatsangehörigkeit	
Namenszusatz	<b>Hinweis:</b> Bitte eine Kopie des Personalausweises <b>oder</b> als ausländischer Mitbürger eine Kopie des Aufenthaltstitels und des Passes beifügen.		
Titel/akademischer Grad			
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Wohnort	
Telefon		E-Mail	
<b>Sind Sie erwerbstätig?    ja    nein</b>			

**Gesetzlicher Vertreter / Betreuer / Bevollmächtigter (Postempfänger)**

<b>gesetzlicher Vertreter</b>	<b>Betreuer</b> (Betreuerausweis und Betreuungsgutachten bitte in Kopie beifügen)	<b>Bevollmächtigter</b>
Familienname	Vorname	
Namenszusatz	Verband / Firma / Aktenzeichen	
Titel/akademischer Grad		
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Wohnort	
Telefon	E-Mail	

## Wirksamkeit der beantragten Feststellung

Ich beantrage die Feststellung ab Antragseingang  
rückwirkend ab ..... wegen Steuervergünstigungen

**Bitte fügen Sie als Nachweis die Steuerbescheide (1. Seite ist ausreichend) oder Jahresgehaltsabrechnungen bei.**

## Feststellungen anderer Stellen

(z.B. der Berufsgenossenschaft / Landesunfallkasse, des Versorgungsamtes – Schädigung als Soldat, Gewaltopfer, o. Ä. - bitte fügen Sie Kopien des entsprechenden Bescheides bei)

	Stelle und Geschäftszeichen	Anschrift
Arbeitsunfall		
Berufskrankheit		
Schädigungsfolgen		

**Hinweis:** Sie können die Dauer des Verfahrens verkürzen, wenn Sie bereits in Ihrem Besitz befindliche ärztliche Unterlagen

z.B. Entlassungsberichte und Röntgenbefunde (bitte keine Röntgenbilder) o. Ä. in Kopie beifügen.

## Gesundheitsstörungen (und Behandlungen während der letzten zwei Jahre)

<b>1. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<b>2. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.
<b>3. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.

<b>4. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.

<b>5. Gesundheitsstörung (bitte benennen)</b>		
behandelnder Arzt (Name, Fachrichtung, Anschrift)		
letzte Behandlung am:		
Krankenhausbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Station
Kurbehandlung in: (Name, Anschrift der Klinik) ambulant stationär	von - bis	Kostenträger/Versicherungs-Nr.

**Hausarzt (Name, Anschrift):** .....

**Gutachten aus den letzten zwei Jahren**

(Sozialversicherung, PÄD, Gesundheits- oder Grundsicherungsamt, Eingliederungshilfe, Agentur für Arbeit, Schule, Ausbildung)

Stelle und Geschäftszeichen	Anschrift	Datum der Untersuchung

**Pflegeversicherung**

Wurde von der Pflegeversicherung (Krankenkasse) eine Pflegestufe festgestellt oder läuft ein Antrag?	nein
ja      Pflegestufe:      Entscheidung vom:      Antrag vom:	
Pflegekasse / -versicherung mit Anschrift	Versicherungsnummer

**Rentenversicherung / Krankenkasse**

Rentenversicherung (Name, Anschrift, Versicherungsnummer)
Krankenkasse (Name, Anschrift, Versicherungsnummer)

**Ich beantrage die Feststellung der angekreuzten Merkzeichen:**

- G** (erhebliche Gehbehinderung)
- B** (Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson)
- aG** (außergewöhnliche Gehbehinderung)
- Bl** (Blind)
- Gl** (Gehörlos)
- H** (Hilflosigkeit)
- RF** (gesundheitliche Voraussetzung für Rundfunkgebührenbefreiung)
- TBl** (Taubblind)

**Nur für Kriegsbeschädigte und Entschädigungsberechtigte**

**1.Kl.** (Benutzung der 1. Wagenklasse)

**Wichtige Hinweise:**

Aufgrund Ihrer Angaben werden wir medizinische Befunde einholen, soweit Sie uns diese nicht bereits zur Verfügung gestellt haben, und durch den Ärztlichen Dienst der Behörde auswerten lassen. Eine Untersuchung ist nur in seltenen Ausnahmefällen erforderlich. Die Bearbeitung Ihres Antrags wird einige Zeit in Anspruch nehmen, wobei die Dauer unter anderem auch davon abhängt, wie zügig uns angeforderte Befundberichte übersandt werden. Ihre mitgeteilten persönlichen Daten werden elektronisch gespeichert.

**Einwilligungserklärung  
(§ 12 Abs. 2 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung,  
§§ 67 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch)**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt Hamburg

- die medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungsbe- funde, Röntgenbilder) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen oder privaten Pflegeversicherungsunternehmen in dem Umfang bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegende Gesundheitsstörung geben können, und
- die für die Feststellung erforderlichen sonstigen Unterlagen und Auskünfte (z.B. von Meldebehörden, von der Agentur für Arbeit) einholt.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Versorgungsamtes Hamburg darauf ausgerichtet ist, zu meinen Gunsten **alle** in Betracht kommenden Gesundheitsstörungen und weiteren gesundheitlichen Merkmale festzustellen. Zu diesem Zweck holt es alle notwendigen medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie Auskünfte bei Ärzten, ggf. deren Praxis- nachfolgern und anderen Stellen ein, die im Antrag aufgeführt sind, während des Feststellungsverfahrens dem Versor- gungsamt Hamburg bekannt werden oder sonst bekannt sind. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrich- tungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Sofern ich damit nicht einverstanden bin, habe ich Be- schränkungen dieser Einwilligung unten vermerkt.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersu- chungen und Behandlungen.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließen- des Widerspruchsverfahren. Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte im Feststellungsverfahren zu und ent- binde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

**Raum für etwaige Einschränkungen der Einwilligung:**

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung des Grades der Behinderung und / oder Ausstellung eines Ausweises über die Eigenschaft als schwerbehin- dertter Mensch gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Hamburg, den .....

.....  
Unterschrift des Antragstellers oder gesetzlichen Vertreters

Anlagen:

**Kopie des Personalausweises**

Kopie des Aufenthaltstitels

Betreuernachweis

Bescheid(e) anderer Stellen

medizinische Unterlagen

Sonstiges: .....