

**Einfacher und schneller!**  
 Antrag **online** stellen unter:  
[www.zbfs.bayern.de](http://www.zbfs.bayern.de)



Postanschrift der Regionalstellen: siehe letzte Seite

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

<b>A</b>	<b>Antrag</b>		
<b>A1</b>	<input type="checkbox"/>	Antrag auf <b>erstmalige</b> Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von wenigstens	<input type="text"/>
<b>A2</b>	<input type="checkbox"/>	Antrag auf <b>Erhöhung</b> des Grades der Behinderung auf wenigstens	<input type="text"/>
<b>A3</b>	<input type="checkbox"/>	Antrag auf Feststellung des <b>Merkzeichens</b>	
	<input type="checkbox"/>	<b>G</b> erheblich gehbehindert	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>B</b> Begleitperson	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>aG</b> außergewöhnlich gehbehindert	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>RF</b> erheblich hör- oder sehbehindert, dauernd an Wohnung gebunden	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>BI</b> blind	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>GI</b> gehörlos	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>H</b> hilflos	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<b>TBI</b> hochgradig sehbehindert/blind und an Taubheit grenzend schwerhörig	<input type="checkbox"/>
<b>A4</b>	<input type="checkbox"/>	Antrag auf Ausstellung eines <b>Schwerbehindertenausweises</b> (siehe auch <b>D</b> )	
<b>B</b>	<b>Mitwirkung</b>		
	<p>Füllen Sie den Antrag bitte vollständig und in Blockschrift aus. Senden Sie auch die anliegenden Einverständniserklärungen ausgefüllt und unterschrieben mit ein.</p> <p>Für die Feststellung benötigen wir <b>immer</b> aktuelle medizinische Befunde. Fügen Sie deshalb bitte medizinische Unterlagen (nicht älter als zwei Jahre) zu den geltend gemachten Gesundheitsstörungen bei, die Ihnen bereits vorliegen. Falls eine Operation oder Reha-Maßnahme bevorsteht kann es sinnvoll sein, mit dem Antrag bis nach der Durchführung zu warten. Sie können das Verfahren ganz wesentlich unterstützen und beschleunigen, wenn Sie bereits vor Antragstellung bei <b>Ihrem Hausarzt</b> aktuelle medizinische Unterlagen kopieren lassen und gleichzeitig mit dem Antrag einsenden. Überlegen Sie, ob Ihre Ärzte überhaupt Aussagen machen können, wenn Sie längere Zeit nicht mehr in Behandlung waren. Ein Vordruck zur Kostenerstattung mit zusätzlichen Informationen liegt bei. Fehlende Unterlagen, die für die Feststellung notwendig sind, fordern wir selbst von Amts wegen entsprechend der vorgelegten Einverständniserklärung bei Ärzten, Krankenhäusern, Reha-Kliniken, usw. unmittelbar an. Wir bitten um Verständnis, wenn dies die Bearbeitungszeit verlängert. Grundsätzlich sind Sie entsprechend der §§ 60 ff. SGB I zur angemessenen Mitwirkung verpflichtet. Im Falle fehlender Mitwirkung kann die Feststellung bis zur Nachholung der Mitwirkung versagt oder entzogen werden.</p>		
<b>C</b>	<b>Angaben zur antragstellenden Person</b>		
<b>C1</b>	Name (surname, nom)	Vorname (first name, prénom)	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
	ggf. Geburts- oder frühere Namen	Geburtsdatum	Geburtsort
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Fax (freiwillige Angabe)	
<b>C2</b>	<b>Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vertreter oder Betreuer bestellt ist</b>		
	Name des Vertreters/Betreuers	Vorname	
	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	Fax (freiwillige Angabe)	

Angaben zu **C3 bis C6** sind nur bei **Erstantrag** oder **Änderung der Verhältnisse** seit der letzten Antragstellung erforderlich.

**C3** Staatsangehörigkeit  deutsch  
 EU: \_\_\_\_\_ oder Norwegen, Liechtenstein, Island  
 andere: \_\_\_\_\_  
(bitte Kopie Reisepass oder Aufenthaltstitel beifügen)

**C4** Sind Sie erwerbstätig?  nein  ja  
(freiwillige Angabe)

**C5** Grenzarbeitnehmer?  nein  ja

Wenn ja, Name des Arbeitgebers: \_\_\_\_\_

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

**C6** Name und Anschrift Ihrer derzeitigen Kranken-/Pflegeversicherung:  
\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

## **D** Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en) bei **erstmaliger** Antragstellung

**D1** Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bzw. Behinderungen machen Sie geltend, die **mindestens sechs Monate andauern**? **Ursache der Behinderung**

Nr. 1	<input type="checkbox"/>
Nr. 2	<input type="checkbox"/>
Nr. 3	<input type="checkbox"/>
Nr. 4	<input type="checkbox"/>
Nr. 5	<input type="checkbox"/>
Nr. 6	<input type="checkbox"/>
Nr. 7	<input type="checkbox"/>

**D2** Ursache der Behinderung (die jeweilige Ziffer bitte in die Kästchen eintragen) ■

01 = angeborene Ursache	02 = Arbeitsunfall/Berufskrankheit
04 = Verkehrsunfall	05 = häuslicher Unfall
06 = sonstiger Unfall	07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung oder Folge einer Gewalttat
09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden)	10 = sonstige Ursache

## **E** Gesundheitsstörungen/Behinderungen bei **Erhöhungsantrag wegen Verschlimmerung**

**E1** Welche Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en), die wir bereits festgestellt haben, hat/haben sich **verschlimmert und/oder ist/sind neu hinzugekommen**? **Ursache der Behinderung**

Nr. 1	<input type="checkbox"/>
Nr. 2	<input type="checkbox"/>
Nr. 3	<input type="checkbox"/>
Nr. 4	<input type="checkbox"/>
Nr. 5	<input type="checkbox"/>
Nr. 6	<input type="checkbox"/>
Nr. 7	<input type="checkbox"/>

## F Weitere Angaben

- F1 Bei Diabetes mellitus:**  nein  ja (bitte beifügen)  
 Führen Sie ein Blutzuckertagebuch?
- Bei Hörbehinderung:**  nein  ja (bitte beifügen)  
 Wurde vom Hörgeräteakustiker ein Sprachaudiogramm erstellt?
- Bei Gehbehinderung:**  nein  ja  
 Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl?
- F2 Bei Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung:**  nein  ja  
 Beantragen Sie auch Blindengeld?
- F3 Soll Ihr Antrag alle vorhandenen Gesundheitsstörungen umfassen? Wenn nein:**  
 Welche Gesundheitsstörung(en) soll(en) nicht berücksichtigt werden?  
 \_\_\_\_\_

## G Ärztliche Behandlungen zu D und E (in den letzten zwei Jahren)

**G1** Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bei welchen Ärztinnen und Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?

Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	zu Nr. (siehe <b>D/E</b> )	letzter Besuch Monat/Jahr	Unterlagen beim Hausarzt?
.....				<input type="checkbox"/> nein
.....				<input type="checkbox"/> ja
.....				<input type="checkbox"/> nein
.....				<input type="checkbox"/> ja
.....				<input type="checkbox"/> nein
.....				<input type="checkbox"/> ja
.....				<input type="checkbox"/> nein
.....				<input type="checkbox"/> ja

**G2** Krankenhaus- und Reha-Behandlung(en) in den letzten zwei Jahren:

Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt	zu Nr. (siehe <b>D/E</b> )	von - bis Datum Aufnahme/Entlassung ambulant/stationär	Unterlagen beim Hausarzt?
.....			<input type="checkbox"/> nein
.....			<input type="checkbox"/> ja
.....			<input type="checkbox"/> nein
.....			<input type="checkbox"/> ja
.....			<input type="checkbox"/> nein
.....			<input type="checkbox"/> ja
.....			<input type="checkbox"/> nein
.....			<input type="checkbox"/> ja

Bei Reha-Behandlung: Wer war der zuständige Kostenträger?

\_\_\_\_\_

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

Versicherungsnummer,  
Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Sind Reha- oder Krankenhausbehandlung(en) in naher Zukunft vorgesehen?

nein       ja, voraussichtlicher Beginn \_\_\_\_\_

Name, Anschrift der Klinik:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## H Ärztliche Unterlagen anderer Stellen zu D und E (in den letzten zwei Jahren)

**H1** Erhalten Sie Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie einen Antrag gestellt? Laufen dort Untersuchungen oder ist eine Klage beim Sozialgericht anhängig?

nein       ja, ich erhalte Rente ab \_\_\_\_\_

der Antrag wurde abgelehnt

über den Antrag ist noch nicht entschieden, voraussichtliche Untersuchung ist am

\_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**H2** Haben Sie bei der Pflegekasse/Pflegeversicherung Pflegeleistungen beantragt?

nein       ja, der Antrag wurde bewilligt mit Pflegegrad \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_

der Antrag wurde abgelehnt

über den Antrag ist noch nicht entschieden, voraussichtliche Untersuchung ist am

\_\_\_\_\_

Hat ein anderes Versorgungsamt, eine andere Verwaltungsbehörde, eine Berufsgenossenschaft oder ein Gericht bereits eine Feststellung zu den gesundheitlichen Verhältnissen, den Gesundheitsstörungen, zum Grad der Behinderung (GdB), zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), zum Grad der Schädigung (GdS) getroffen oder ist ein entsprechender Antrag gestellt?

nein       ja, und zwar Name: \_\_\_\_\_

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

Versicherungsnummer,  
Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

ggf. Tag  
des Unfalls: \_\_\_\_\_

Bescheid/  
Entscheidung vom: \_\_\_\_\_

Wurde im Rahmen eines Betreuungsverfahrens ein Gutachten erstellt?

nein       ja, beim Amtsgericht \_\_\_\_\_

**H3**

Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Agentur für Arbeit) befinden sich weitere die Gesundheitsstörung(en) betreffende Unterlagen (z. B. Gutachten)?

Name, Anschrift: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Jahr der Feststellung: \_\_\_\_\_

**I**

### Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

Falls Sie in vorangegangenen Verfahren noch kein Bild übersandt oder der Speicherung eines übersandten Bildes widersprochen haben, benötigen wir von Ihnen (erneut) ein aktuelles Passbild in Farbe (35 mm x 45 mm im Hochformat). Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Bild im Ausweis erforderlich. Bitte kennzeichnen Sie das Bild auf der Rückseite mit Ihrem Vor- und Nachnamen und dem Geburtsdatum.

Das mitgeschickte Bild wird nach der elektronischen Erfassung und Speicherung aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet. Es bleibt für spätere Neuausstellungen (z. B. bei Widerspruch, Verschlimmerungsantrag, Nachprüfungsverfahren) für längstens fünf Jahre elektronisch gespeichert und wird dann automatisch gelöscht. Sie können der Speicherung jedoch widersprechen.

Mit der elektronischen Speicherung bin ich **nicht** einverstanden. Das elektronisch gespeicherte Bild soll unmittelbar nach der Bescheiderteilung gelöscht werden.

**J**

### Beizufügende Unterlagen (Zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)

Bitte gehen Sie die Liste der beispielhaft aufgeführten Unterlagen genau durch und fügen Sie dem Antrag **die für Sie zutreffenden Anlagen**, wenn möglich, bei. Sie ersparen damit Rückfragen und zeitaufwendige Ermittlungen. Originalunterlagen senden wir umgehend zurück. Benötigen wir weitere Unterlagen, fordern wir diese von Amts wegen entsprechend der erteilten Einwilligungserklärung selbst an. Ärztliche Atteste mit Diagnosen, aber ohne Angaben von Befunden, Funktionseinschränkungen und Art der Behandlung genügen i. d. R. nicht als Nachweis von Behinderungen. Die Unterlagen sollen **nicht älter als zwei Jahre** sein.

- 2 unterschriebene Einverständniserklärungen
- Vollmacht
- Passbild (farbig 35 mm x 45 mm Hochformat)
- Betreuerausweis, Betreuungsgutachten
- Kopie Reisepass oder elektronischer Aufenthaltstitel  
(nicht notwendig bei EU-Angehörigen oder aus den Ländern Island, Liechtenstein, Norwegen)
- Arbeitsbescheinigung des Arbeitgebers, Arbeiterlaubnis (nur wenn Grenzarbeitnehmer)
- Hausarztbefundbericht
- Facharztbefundbericht(e)
- Blutzuckertagebuch oder digitale Auswertung (nur bei Diabetes mellitus)
- Krankenhausbericht
- Reha-Entlassungsbericht
- Pflegegutachten
- Sehtest (nur bei Sehschwäche)
- Sprachaudiogramm des Hörgeräteakustikers (nur bei Schwerhörigkeit)
- Rentengutachten
- Gutachten der Berufsgenossenschaft
- sonstige (Therapie-)Berichte
- sonstige medizinische Unterlagen
- .....
- .....

## K Erklärungen

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe und ein übersandtes Lichtbild mich oder den von mir Vertretenen darstellt. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses (bei Grenzpendlern) und des Wohnsitzes, werde ich unverzüglich mitteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben, sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

Ich widerspreche dieser Übermittlung.

## L Einwilligungserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Betreuungsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung bezieht. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.

**Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.**

**L1 Ausnahme:** Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei: \_\_\_\_\_

**Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden:** \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 12 KOVvFG, § 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 69 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das ZBFS ist § 12 KOVvFG, § 67a SGB X.

## M Ihre zuständige Regionalstelle

Zuständig für die Bearbeitung Ihres Antrags ist grundsätzlich die Regionalstelle in Ihrem Regierungsbezirk. Nur Anträge aus dem Bezirk Oberbayern werden auch in anderen Regionalstellen bearbeitet. Wenn Sie in Oberbayern wohnen, schicken Sie Ihren Antrag bitte an die unten genannte Postanschrift für Oberbayern.

**M1**

**Oberbayern:** Zentrum Bayern Familie und Soziales, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg  
Tel.: 0941 7809-4100, Fax: 0941 7809-1411, E-Mail: opf-3@zbfs.bayern.de

**Mittelfranken:** Zentrum Bayern Familie und Soziales, Bärenschanzstraße 8a, 90429 Nürnberg  
Tel.: 0911 928-2080, Fax: 0911 928-1930, E-Mail: mfr-3@zbfs.bayern.de

**Oberfranken:** Zentrum Bayern Familie und Soziales, Hegelstraße 2, 95447 Bayreuth  
Tel.: 0921 605-4411, Fax: 0921 605-4422 E-Mail: ofr-3@zbfs.bayern.de

**Unterfranken:** Zentrum Bayern Familie und Soziales, Georg-Eydel-Straße 13, 97082 Würzburg  
Tel.: 0931 4107-505, Fax: 0931 4107-0712, E-Mail: ufr-3@zbfs.bayern.de

**Niederbayern:** Zentrum Bayern Familie und Soziales, Friedhofstraße 7, 84028 Landshut  
Tel.: 0871 829-111, Fax: 0871 829-175, E-Mail: ndb-3@zbfs.bayern.de

**Schwaben:** Zentrum Bayern Familie und Soziales, Morellstraße 30, 86159 Augsburg  
Tel.: 0821 5709-1907, Fax: 0821 5709-9907, E-Mail: schw-3@zbfs.bayern.de

**Oberpfalz:** Zentrum Bayern Familie und Soziales, Landshuter Str. 55, 93053 Regensburg  
Tel.: 0941 7809-4100, Fax: 0941 7809-1411, E-Mail: opf-3@zbfs.bayern.de

**M2** Nach Eingang des Antrags erhalten Sie eine Eingangsbestätigung mit Angaben der für Sie zuständigen Regionalstelle und Ihrer/Ihres zuständigen Bearbeiterin/Bearbeiters.

Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)  
und Entbindung von der Schweigepflicht im Schwerbehindertenverfahren

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen

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

**Erklärung**

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Betreuungsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung bezieht. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.

**Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.**

**Ausnahme:** Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei: \_\_\_\_\_

**Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden:** \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 12 KOVvFG, § 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 69 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das ZBFS ist § 12 KOVvFG, § 67a SGB X.

Einwilligung in die Übermittlung von Daten an das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)  
und Entbindung von der Schweigepflicht im Schwerbehindertenverfahren

Zu- und Vorname: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen

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

**Erklärung**

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich: Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS) in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von Ärzten, Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, privaten Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträgern (einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste), Gerichten (Betreuungsgericht), Behörden und den sonstigen Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe, im **erforderlichen Umfang** Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort vorliegenden medizinischen Unterlagen (Befundberichte, Gutachten, Röntgenbilder usw.) bezieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für die Einholung von Unterlagen, Antragsbegründungen und Verlaufsberichten sowie Berichte über stationäre Maßnahmen bei Psychologen und Psychotherapeuten. Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die ich dem ZBFS im Laufe dieses Verfahrens und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren noch bekanntgeben werde.

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS die von mir in diesem Antragsformular angegebenen Reha-Entlassungsberichte von der Deutschen Rentenversicherung bezieht. Die Unterlagen sollen nicht älter als zwei Jahre sein.

**Ich entbinde die genannten Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.**

**Ausnahme:** Es dürfen keine Auskünfte eingeholt werden bei: \_\_\_\_\_

**Folgende Unterlagen dürfen nicht eingeholt werden:** \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Einwilligungserklärung kann auch für nachbenannte Ärzte und Stellen verweigert bzw. widerrufen werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass Stellungnahmen und Gutachten des Ärztlichen Dienstes des ZBFS, die in diesem Verfahren erstellt werden, auch an andere Sozialleistungsträger und ihre Ärztlichen Dienste (z. B. Pflegekasse, Agentur für Arbeit, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen soweit dies erforderlich ist (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem jederzeit formlos widersprechen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 12 KOVvFG, § 67a Abs. 3 und 5 SGB X): Die personenbezogenen Daten sind zur Durchführung des Feststellungsverfahrens nach § 69 SGB IX erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung durch das ZBFS ist § 12 KOVvFG, § 67a SGB X.

