Regierungspräsidium Gießen
Landesversorgungsamt Hessen

HESSEN

Achtung wichtige Hinweise !!!

Bitte übersenden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Originalantrag an das zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales.

Nur der vorliegende Originalantrag mit Unterschrift stellt einen rechtsgültigen Antrag dar.

Die Übersendung des Antrages per Email ersetzt leider nicht die Übersendung des Originalantrages.

Das für Sie jeweils zuständige Hessische Amt für Versorgung und Soziales ersehen Sie unter „Örtliche Zuständigkeiten“ in dem Download-Bereich.

Die Adressen der örtlich zuständigen Versorgungsämter ersehen Sie auf den Internetseiten des Regierungspräsidiums Gießen unter „Arbeit und Soziales“ > „Versorgungsverwaltung“ > „Landesamt / Versorgungsämter“

35390 Gießen · Ludwigsplatz 13
Telefonzentrale: 0641 303-0
Zentrales Telefax: 0641 303-2197
E-Mail: rp-giessen@rpgi.hessen.de
Internet: http://www.rp-giessen.de

Servicezeiten:
Mo. - Do. 8:30 bis 12:00 Uhr
13:30 bis 15:30 Uhr
Freitag 8:30 bis 12:00 Uhr
oder nach Vereinbarung

Fristenbriefkasten:
35390 Gießen
Landgraf-Philipp-Platz 1 - 7
(Hauptgebäude)

Hessisches Amt für
Versorgung und Soziales
- Versorgungsamt -

Eingangsstempel

Änderungsantrag nach dem Schwerbehindertenrecht
- Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) -

Hinweise:
Die Angaben in diesem Antrag werden für die Entscheidung über die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung und der Voraussetzungen von Nachteilsausgleichen gem. § 69 SGB IX benötigt. Nach § 21 Abs. 2 Satz 1 des X. Buches Sozialgesetzbuch sollen Sie bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Sofern Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann dies zur Ablehnung Ihres Antrags führen (§§ 60 ff. I. Buch Sozialgesetzbuch).
x Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Felder an.
Füllen Sie bitte den Antrag sorgfältig und gut leserlich aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

Bitte geben Sie das Geschäftszeichen des Versorgungsamtes an:

Erwerbstätig
☐ **ja**
☐ **nein**

Name		Vorname
geboren am		in
Straße, Hausnummer		tagsüber erreichbar Telefon:
PLZ	Wohnort	Telefax:
Staatsangehörigkeit: **Wenn Sie Ausländer/in oder Staatenlose/r sind, fügen Sie bitte eine Kopie des Aufenthaltstitels bei und legen Sie Ihren Pass vor**.		

☐ **Gesetzliche/r Vertreter/in**
☐ **Vormund oder Betreuer/in** (bitte Kopie der Bestallungsurkunde bzw. des Betreuerausweis beifügen)
☐ **Bevollmächtigte/r** (bitte Vollmacht beifügen)

Name	Vorname	
Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort

Ich beantrage wegen
☐ **Verschlimmerung der bisher festgestellten Behinderung/en**
☐ **neu hinzugetretener Behinderung/en**
☐ **die Feststellung eines höheren Grades der Behinderung (GdB)**
☐ **die Feststellung weiterer Merkzeichen, und zwar** ☐ **G,** ☐ **aG,** ☐ **B,** ☐ **H,** ☐ **RF,** ☐ **Bl,** ☐ **Gl**
Zur Begründung meines Antrags mache ich nachstehende Angaben; sie beziehen sich auf die Zeit nach der letzten Feststellung durch den Bescheid des Versorgungsamtes vom .

Die folgenden der im letzten Bescheid des Versorgungsamtes bereits festgestellten Behinderungen haben sich geändert:

Die folgenden Gesundheitsstörungen sind seit der letzten Feststellung des Versorgungsamtes hinzugetreten:

Bei welchen anderen Stellen befinden sich (ärztliche) Unterlagen über die verschlimmerten bzw. neu hinzugetretenen Behinderungen?
Bitte zutreffendes ankreuzen und Anschrift und Geschäftszeichen angeben.

☐ Berufsgenossenschaft ☐ Agentur für Arbeit

☐ Landeswohlfahrtsverband (Blindengeld) ☐ Pflegekasse

☐ Deutsche Rentenversicherung

Beziehen Sie Leistungen der Pflegekasse? Wenn ja, nach welcher Stufe ..... und seit wann .....?

Wann wurden Sie deshalb beim medizinischen Dienst der Krankenkasse zuletzt untersucht?.....

Anschrift:	**Geschäftszeichen:**
Anschrift:	**Geschäftszeichen:**

Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen seit der letzten Feststellung, die sich in Ihren Händen befinden und die die als Behinderungen geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.

Angaben zu ärztlichen Behandlungen seit der letzten Feststellung:

	Name/Bezeichnung und Adresse	Wegen welcher der genannten Gesundheitsstörungen wurden Sie behandelt?	Zusatzangaben
Hausärztin/ Hauarzt	Straße Ort		Von welchen Fachärzten/innen, Krankenhäusern und Kurkliniken hat der/die Hausarzt/ärztin Unterlagen?
Fachärztin/ Facharzt	Straße Ort		Fachgebiet: zuletzt behandelt: Monat/Jahr
	Straße Ort		Fachgebiet: zuletzt behandelt: Monat/Jahr
Kranken-häuser, Kliniken, Reha-Kliniken	Straße Ort		Station/Abteilung: Zeitraum: ☐ ambulant ☐ stationär
Kurklinik	Straße Ort		Kostenträger: Zeitraum: GZ.:

Ich bin - war - krankenversichert bei: Name der Krankenkasse

Einwilligungserklärung gem. §§ 67, 100 X. Buch Sozialgesetzbuch

Ich bin damit einverstanden, dass das Hessische Amt für Versorgung und Soziales die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag genannten Ärzten/innen, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbesondere Entlassungs- und Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht beizieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können. Unterlagen, die diese Ärzte/innen und Einrichtungen von anderen Ärzten/innen und Einrichtungen erhalten haben, sind eingeschlossen. Die Einverständniserklärung bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Ärztinnen insoweit von der Schweigepflicht. Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in

Anlagen: