

**Amt für Versorgung und
Integration Bremen
Doventorscontrescarpe 172 D
28195 Bremen**

Amt für Versorgung und Integration Bremen,
Doventorscontrescarpe 172 D, 28195 Bremen

Sprechzeiten:

Bremen: Mo. bis Do. 09:00 bis 12:30 Uhr

Do. 13:30 bis 17:00 Uhr und nach Vereinbarung

Tel. 361- _____

Außenstelle Bremerhaven:

Barkhausenstr. 22,

27568 Bremerhaven, Mo. – Fr. von 9 bis 13 Uhr, Tel. 590-2252,

e-Mail: office@avib.bremen.de

Tagsüber bin ich telefonisch zu erreichen unter:

Tel.: _____

Ich bin erwerbstätig: ja: nein:

Neufeststellungsantrag nach dem SGB IX zum Aktenzeichen _____

Die Fragen beziehen sich auf die Zeit nach dem letzten Feststellungsbescheid vom _____

Ich beantrage die Feststellung

eines höheren Grades der Behinderung weiterer Funktionsbeeinträchtigungen

folgender Merkzeichen

G (erheblich gehbehindert)

aG (außergewöhnlich gehbehindert)

B (Begleitung)

H (Hilflosigkeit)

RF (Rundfunkgebührenbefreiung)

BI (Blind)

GI (Gehörlosigkeit)

Ich bitte,

alle bei mir vorliegenden Gesundheitsstörungen bei der Neufeststellung zu berücksichtigen.

neben der bereits anerkannten Behinderung nur die von mir unten aufgeführten Gesundheitsstörungen bei der Neufeststellung zu berücksichtigen.

Zur Begründung meines Antrages mache ich folgende Angaben:

Nachstehende, in meinem letzten Bescheid aufgeführte Funktionsbeeinträchtigungen haben sich **geändert**:

Die nachstehend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind seit der letzten Feststellung **neu aufgetreten**:

Name und Anschrift meines **Hausarztes** lauten:

Dort können nach meinem Wissen Arztberichte von folgenden Fachärzten bzw. Krankenhäusern angefordert werden: _____

Bei folgenden **Fachärzten** bin ich wegen der genannten Gesundheitsstörungen in Behandlung (bitte Name und Anschrift, **letzter Behandlungstag** und das behandelte Leiden angeben):

Sofern eine Hörbehinderung mit Hörgeräteversorgung geltend gemacht wird, bitte auch Name und Anschrift des Hörgeräteakustikers angeben.

1. _____
2. _____
3. _____

Wegen der Gesundheitsstörungen haben seit der letzten Feststellung folgende **stationäre Behandlungen** stattgefunden (bitte Namen und Anschriften der Krankenhäuser, Abteilungen/Stationen, Beginn und Ende der Behandlungen, sowie die behandelten Leiden angeben):

1. _____

2. _____

3. _____

Seit der letzten Feststellung wurde eine **Kur bzw. ein Reha-Verfahren** durchgeführt (bitte Name und Anschrift der Kuranstalt bzw. des Sanatoriums, Beginn und Ende der Maßnahme, sowie den Kostenträger – z.B. Deutsche Rentenversicherung Bund/Land – und das Aktenzeichen – angeben):

1. _____

2. _____

Ich erhalte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Rente von einer Berufsgenossenschaft seit dem _____
oder habe einen entsprechenden Antrag gestellt am: _____

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Rentenversicherungsträger bzw. des Unfallversicherungsträgers lauten:

Ich beziehe Leistungen aus der Pflegeversicherung oder habe einen Antrag gestellt: **Pflegestufe** _____

Krankenkasse: _____

Tag der Untersuchung _____ oder Antrag gestellt am: _____

Ich habe die obigen Angaben nach bestem Wissen gemacht. Das Zutreffende habe ich angekreuzt und ggf. Angaben ergänzt. Unterschiedene Einverständniserklärungen liegen diesem Antrag bei.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden.
Mir ist auch bekannt, dass diese Angaben für die rechtmäßige Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB IX erforderlich sind (§ 67 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X).

Mir ist ferner bekannt, dass das Amt für Versorgung und Integration Bremen zur Erfüllung einer Aufgabe nach dem Sozialgesetzbuch oder eines damit zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens (§ 69 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 SGB X) auch im Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Begutachtung zugänglich gewordene Sozialdaten übermitteln darf, es sei denn, ich widerspreche (§ 76 SGB X).

Bremen/Bremerhaven _____

(Unterschrift)

Name und Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

AZ: _____

vom Amt für Versorgung
und Integration Bremen auszufüllen

PLZ, Ort: _____

Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigelegten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach § 69 SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Integration Bremen die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte und medizinischen Unterlagen, insbesondere (Reha-)Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungs- und Röntgenbefunde, Pflegegutachten von den von mir im Antrag genannten Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Gesundheitsämtern, Einrichtungen für behinderte Menschen, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen –auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfang beizieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. **Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die dem Amt für Versorgung und Integration Bremen im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. Widerspruchsverfahren) durch die von mir ausdrücklich benannten Ärzte oder Stellen noch bekannt gegeben werden.**

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht beschränkt habe, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen sowie bei Kindern - soweit Entwicklungsstörungen geltend gemacht werden - auch für die Anforderung von Schulberichten bei der jeweiligen Schule.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und einem eventuell anschließenden Widerspruchsverfahren verwendet werden und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ja

Nein

Gegebenenfalls: Das Einverständnis gilt mit folgenden Einschränkungen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Amt für Versorgung und Integration Bremen mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch

- *beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung,*
- *anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung sowie*
- *den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit*

übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit für die Zukunft formlos widersprechen kann.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Dies gilt auch, wenn die Feststellung aufgrund der von Ihnen verweigerten Einverständniserklärung nicht getroffen werden kann.

Vorstehende Erklärung ist ein **höchst persönliches Recht** und daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer, **nicht aber von der/dem Bevollmächtigten** zu unterschreiben:

.....
(Datum)

Unterschrift als

Antragsteller/in

Gesetzliche/r Vertreter/in

Betreuer/in

Name und Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

AZ: _____

vom Amt für Versorgung
und Integration Bremen auszufüllen

PLZ, Ort: _____

Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigelegten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach § 69 SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Integration Bremen die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte und medizinischen Unterlagen, insbesondere (Reha-)Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungs- und Röntgenbefunde, Pflegegutachten von den von mir im Antrag genannten Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Gesundheitsämtern, Einrichtungen für behinderte Menschen, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen –auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfang beizieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. **Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die dem Amt für Versorgung und Integration Bremen im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. Widerspruchsverfahren) durch die von mir ausdrücklich benannten Ärzte oder Stellen noch bekannt gegeben werden.**

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht beschränkt habe, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen sowie bei Kindern - soweit Entwicklungsstörungen geltend gemacht werden - auch für die Anforderung von Schulberichten bei der jeweiligen Schule.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und einem eventuell anschließenden Widerspruchsverfahren verwendet werden und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ja

Nein

Gegebenenfalls: Das Einverständnis gilt mit folgenden Einschränkungen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Amt für Versorgung und Integration Bremen mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch

- *beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung,*
- *anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung sowie*
- *den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit*

übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit für die Zukunft formlos widersprechen kann.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Dies gilt auch, wenn die Feststellung aufgrund der von Ihnen verweigerten Einverständniserklärung nicht getroffen werden kann.

Vorstehende Erklärung ist ein **höchst persönliches Recht** und daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer, **nicht aber von der/dem Bevollmächtigten** zu unterschreiben:

.....
(Datum)

Unterschrift als

Antragsteller/in

Gesetzliche/r Vertreter/in

Betreuer/in

Name und Vorname: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

AZ: _____

vom Amt für Versorgung
und Integration Bremen auszufüllen

PLZ, Ort: _____

Einverständniserklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigelegten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach § 69 SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Amt für Versorgung und Integration Bremen die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte und medizinischen Unterlagen, insbesondere (Reha-)Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungs- und Röntgenbefunde, Pflegegutachten von den von mir im Antrag genannten Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Gesundheitsämtern, Einrichtungen für behinderte Menschen, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie von privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen –auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfang beizieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. **Dies gilt auch für Ärzte und Stellen, die dem Amt für Versorgung und Integration Bremen im Laufe dieses Verfahrens (und in einem evtl. Widerspruchsverfahren) durch die von mir ausdrücklich benannten Ärzte oder Stellen noch bekannt gegeben werden.**

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht beschränkt habe, auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen sowie bei Kindern - soweit Entwicklungsstörungen geltend gemacht werden - auch für die Anforderung von Schulberichten bei der jeweiligen Schule.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und einem eventuell anschließenden Widerspruchsverfahren verwendet werden und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ja

Nein

Gegebenenfalls: Das Einverständnis gilt mit folgenden Einschränkungen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die dem Amt für Versorgung und Integration Bremen mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch

- *beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung,*
- *anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung sowie*
- *den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit*

übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit für die Zukunft formlos widersprechen kann.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 Erstes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die Feststellung nach dem SGB IX ganz oder teilweise versagt werden, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Dies gilt auch, wenn die Feststellung aufgrund der von Ihnen verweigerten Einverständniserklärung nicht getroffen werden kann.

Vorstehende Erklärung ist ein **höchst persönliches Recht** und daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer, **nicht aber von der/dem Bevollmächtigten** zu unterschreiben:

.....
(Datum)

Unterschrift als

Antragsteller/in

Gesetzliche/r Vertreter/in

Betreuer/in