

Hinweis:

Ohne Ihre vollständigen Angaben kann Ihr Antrag nicht bearbeitet werden. Die Angaben werden auf der Grundlage des § 121 Nr. 1 b SGB XII erhoben, gespeichert und genutzt. Die Daten werden gelöscht, wenn sie nicht mehr erforderlich sind.

Eingangsdatum

Anlage zum Antrag auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

zur Prüfung der Voraussetzungen nach § 41 Abs. 3 Sozialgesetzbuch XII. Buch – SGB XII -

Antragsteller(in)

Geburtsdatum

Aktenzeichen/ Kunden-Nr.

1. Angaben zur dauerhaften Erwerbsminderung

Seit wann und wegen welchen Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsunfähig?

seit	wegen
------	-------

Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten? (Art und Umfang – wie viel Stunden täglich?)

Sind Sie zurzeit arbeitsunfähig krank?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	seit	Krankenkasse/ Verw.-Stelle (Name, Anschrift)
-------------------------------	-----------------------------	------	--

Sind die Gesundheitsstörungen verursacht worden durch Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	durch	anerkannt von welcher Stelle?	Aktenzeichen
		durch	anerkannt von welcher Stelle?	Aktenzeichen

2. Ärztliche Behandlung

Bei wem waren Sie in der letzten Zeit in ambulanter ärztlicher Behandlung?

Arzt (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)	vom – bis
Behandlung wegen	
Arzt (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)	vom – bis
Behandlung wegen	
Arzt (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)	vom – bis
Behandlung wegen	
Arzt (Name, Anschrift, Telefon-Nr.)	vom – bis
Behandlung wegen	

3. Ärztliche Untersuchungen

Wurden ärztliche Untersuchungen in den letzten Jahren veranlasst?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	von der Krankenkasse (Medizinischer Dienst)	Aktenzeichen	am
		von der Agentur für Arbeit	Aktenzeichen/ Kunden-Nr.	am
		Vom Gesundheitsamt	Aktenzeichen	am
		von der Berufsgenossenschaft	Aktenzeichen	am
		vom Personal-/ Betriebsarzt (Name, Anschrift des Arbeitgebers, Personal-Nr.)		am
		vom Sozialamt/ Versorgungsamt	Aktenzeichen	am
		Schwerbehindert? Grad der Behinderung		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

4. Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Krankenhausbehandlung?

<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung/ Station	vom - bis
	Behandlung wegen	
	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung/ Station	vom - bis
	Behandlung wegen	
	Name, Anschrift des Krankenhauses, Abteilung/ Station	vom - bis
	Behandlung wegen	

5. Leistungen zur Rehabilitation

Sind medizinische oder berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation (Kuren, Umschulungen) erbracht worden?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Ort	Kostenträger, Aktenzeichen	vom – bis
	Ort	Kostenträger, Aktenzeichen	vom – bis
	Ort	Kostenträger, Aktenzeichen	vom – bis
Sind zurzeit solche Leistungen beantragt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	bei welcher Stelle?	Aktenzeichen	beantragt am
Wurde früher ein Antrag auf solche Leistungen abgelehnt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	von welcher Stelle?	Aktenzeichen	abgelehnt am

6. Sonstige Angaben

Wurde anlässlich eines Rentenanspruchs eine ärztliche Untersuchung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Versicherungsträger	Aktenzeichen	Zeitpunkt der Untersuchung
Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen gehindert, zur ärztlichen Untersuchung zu kommen?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Grund		

Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Behörde im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages auf Grundsicherungsleistungen von den Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Trägern der Sozialversicherung (welche ich im Antrag angegeben habe oder die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind) Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde und Röntgenbilder eingeholt, die sich für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Weiter bin ich einverstanden, dass von Ärzten, die mich behandelt haben, Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden können. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten habe.

Folgende Ärzte bzw. Einrichtungen schließe ich ausdrücklich von dieser Einwilligung aus

--

Soweit sie durch diese Erklärung nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, entbinde ich die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu. Ärztliche Untersuchungen, die während des laufenden Verfahrens stattgefunden haben, werde ich der Behörde umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/ des Antragstellers
--