

**Sprechzeiten:**

**Bremen: Montag bis Donnerstag von 9:00 bis 12:30 Uhr,  
Do. 13:30 bis 17:00 Uhr und nach Vereinbarung**

Telefon: 361-5541 oder 316-

Telefax: 361-5326

e-Mail: office@avib.bremen.de

**Außenstelle Bremerhaven****Barkhausenstraße 22, Erdgeschoss, Raum E.39****27568 Bremerhaven**

Montag – Freitag 9 bis 13 Uhr

Telefon: 0471-5902252

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

## Antrag auf Durchführung eines Feststellungsverfahrens nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX)

Ich beantrage die Feststellung einer Behinderung, des Grades der Behinderung sowie der hierdurch bedingten gesundheitlichen Merkmale für die Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen.

Aufgrund der obigen Feststellungen beantrage ich, mir einen Ausweis auszustellen.

Zur Bearbeitung dieses Antrages werden Sie gebeten, **die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig - in Maschinen- oder Druckschrift -** zu beantworten.

Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert. Sie werden darauf hingewiesen, dass diese Angaben für die rechtmäßige Erfüllung der Aufgaben nach dem SGB IX erforderlich sind (§ 67a X. Buch des Sozialgesetzbuches -SGB X-). Nach § 60 des Allgemeinen Teils des Sozialgesetzbuches (SGB I) sind Sie verpflichtet, diese Angaben zu machen.

Sie werden außerdem darauf hingewiesen, dass das Amt für Versorgung und Integration Bremen zur Erfüllung einer Aufgabe nach dem Sozialgesetzbuch oder eines damit zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 des SGB X) auch im Zusammenhang mit einer gesundheitlichen Begutachtung zugänglich gewordene Sozialdaten übermitteln darf, es sei denn, Sie widersprechen.

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen

Tagsüber erreichbar unter Telefon-Nr.:

### Angaben zur Person

Name	Vorname (Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort	
Geburtsort/-land	Staatsangehörigkeit	
Weitere Wohnsitze (auch Auslandswohnsitze)	Ich bin erwerbstätig: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter:  Bitte ggf. Betreuerausweis oder Vollmacht beifügen!	Name, Vorname	
	Straße, Hausnr.	
	PLZ, Wohnort	

### Aufenthaltstitel

Von Ausländern (Nicht-EU-Staaten) und Staatenlosen ist der Aufenthaltstitel erforderlich. Eine Kopie ist beizufügen!

**Angaben zur Behinderung und zu ärztlichen Behandlungen** (in den letzten 3 Jahren)

Welche dauerhaft vorliegenden körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen werden von Ihnen geltend gemacht und welcher Arzt behandelt diese?

**Vorübergehende Leiden bzw. folgenlos ausgeheilte Erkrankungen stellen keine Behinderung dar!**

<b>Hausarzt</b>		<b>Letzte Behandlung:</b>
Name und Anschrift		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Ursache (z. B. Krankheit, Unfall, angeborenes Leiden, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Kriegsleiden)
wegen welcher Gesundheitsstörungen		

<b>Facharzt</b>		<b>Letzte Behandlung:</b>
Name und Anschrift		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Ursache (z. B. Krankheit, Unfall, angeborenes Leiden, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Kriegsleiden)
wegen welcher Gesundheitsstörungen		

<b>Facharzt</b>		<b>Letzte Behandlung:</b>
Name und Anschrift		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Ursache (z. B. Krankheit, Unfall, angeborenes Leiden, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Kriegsleiden)
wegen welcher Gesundheitsstörungen		

<b>Facharzt</b>		<b>Letzte Behandlung:</b>
Name und Anschrift		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Ursache (z. B. Krankheit, Unfall, angeborenes Leiden, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Kriegsleiden)
wegen welcher Gesundheitsstörungen		

**Liegen Ihrem Hausarzt Facharztbefunde oder Krankenhaus- und Kurentlassungsberichte vor:**

nein  ja  von: \_\_\_\_\_

**Sind Sie ständig auf einen Rollstuhl angewiesen?** nein  ja

**Wurde ein Antrag auf Blindengeld nach dem Bremischen Landespflegegeldgesetz gestellt?**

nein  ja  zuständige Behörde: \_\_\_\_\_

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

**Angaben zu Krankenhausbehandlungen** (in den letzten 3 Jahren)

Name des Krankenhauses	Behandlung von	bis	
Abteilung / Station			

Straße, Hausnummer		Behandlung wegen der Gesundheitsstörungen	
PLZ	Ort		
Name des Krankenhauses		Behandlung von _____ bis _____	
Abteilung / Station			
Straße, Hausnummer		Behandlung wegen der Gesundheitsstörungen	
PLZ	Ort		

### Angaben zu Reha-Maßnahmen (in den letzten 3 Jahren)

Name der Reha-Einrichtung		Behandlung von _____ bis _____	
Straße, Hausnummer			
PLZ	Ort	Behandlung wegen der Gesundheitsstörungen	
Name des Kostenträgers, Mitgliedsnummer / Geschäftszeichen			
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort		Behandlung von _____ bis _____	
Name der Reha-Einrichtung			
Straße, Hausnummer		Behandlung wegen der Gesundheitsstörungen	
PLZ	Ort		
Name des Kostenträgers, Mitgliedsnummer / Geschäftszeichen		Behandlung wegen der Gesundheitsstörungen	
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort			

### Angaben über bisherige Feststellungen/zusätzliche Angaben

Haben Sie bereits früher einen Antrag gestellt?  
**(Schwerbehindertenrecht, Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz o.ä.)**  
 nein       ja

Versorgungsamt: \_\_\_\_\_ Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_

---

Wurde von einer Berufsgenossenschaft/Unfallkasse oder anderen Behörde bereits eine Feststellung über eine Minderung der Erwerbsfähigkeit getroffen oder läuft ein entsprechendes Verfahren **(z. B. aufgrund eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit)**?  
**Bitte ggf. Feststellungsbescheide oder entsprechende Unterlagen beifügen.**  
 nein       ja, bei folgender Berufsgenossenschaft bzw. Behörde  
 (bitte Namen, vollständige Anschrift, Aktenzeichen angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Erhalten Sie eine **Rente wegen Erwerbsminderung** (keine Altersrente!) aus der gesetzlichen Rentenversicherung, haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt oder sind Klagen anhängig?  
 nein       ja, seit dem \_\_\_\_\_       ja, Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Rentenversicherungsträgers:  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erhalten Sie Leistungen aus der Pflegeversicherung?  
 nein       ja      Pflegegrad: \_\_\_\_\_      Tag der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bei welchen bisher nicht angegebenen Stellen befinden sich weitere die Gesundheitsstörungen betreffende Unterlagen (Arbeitsamt, private Versicherungen, Betriebsärzte, Gesundheitsämter)?

Name, Anschrift und Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Tag der Untersuchung: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Ausstellung eines Ausweises

Der beantragte Ausweis soll die Voraussetzungen nachweisen für die Zeit

ab Antragseingang    oder     rückwirkend ab: \_\_\_\_\_

aus welchem Grund (z. B. steuerliche oder andere finanzielle Gründe)?

\_\_\_\_\_

## Passbild

Bitte fügen Sie ein **aktuelles** Passbild im Format 35 x 45 mm bei und vermerken Sie auf der Rückseite des Bildes Ihren **Namen** und Ihr **Geburtsdatum**. Ein Passbild ist nicht beizufügen, wenn der Antrag für ein Kind, das noch nicht das 10. Lebensjahr vollendet hat, gestellt wird. Für außergewöhnlich Pflegebedürftige, die das Haus nicht oder nur mit Hilfe eines Krankenwagens verlassen können, kann der Ausweis auf Antrag auch ohne Passbild ausgestellt werden.

## Hinweis

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche- bzw. Pflegegutachten, oder Klinikentlassungsberichte) in Ihrem Besitz befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein. Dies kann die Bearbeitungszeit Ihres Antrages deutlich verkürzen.

**Beachten Sie bitte, dass die anliegenden Einverständniserklärungen unterschrieben zurückgesandt werden müssen, da ansonsten eine Bearbeitung Ihres Antrages nicht möglich ist.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

## Beigefügt sind:

Passbild

Einverständniserklärungen

\_\_\_\_\_

Name und Vorname d. Antragstellers: \_\_\_\_\_

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 § 152 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 - von der/dem Bevollmächtigten nur dann, wenn die Bevollmächtigung die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bzw. Gesundheitsvorsorge umfasst - zu unterschreiben:

.....  
(Datum)

Unterschrift als

Antragsteller/in

Gesetzliche/r Vertreter/in

Betreuer/in

Name und Vorname d. Antragstellers: \_\_\_\_\_

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 § 152 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 - von der/dem Bevollmächtigten nur dann, wenn die Bevollmächtigung die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bzw. Gesundheitsvorsorge umfasst - zu unterschreiben:

.....  
(Datum)

Unterschrift als

Antragsteller/in

Gesetzliche/r Vertreter/in

Betreuer/in

Name und Vorname d. Antragstellers: \_\_\_\_\_

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 § 152 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 - von der/dem Bevollmächtigten nur dann, wenn die Bevollmächtigung die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht bzw. Gesundheitsvorsorge umfasst - zu unterschreiben:

.....  
(Datum)

Unterschrift als

Antragsteller/in

Gesetzliche/r Vertreter/in

Betreuer/in