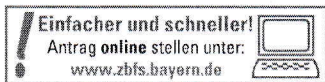




ZBFS Zentrum Bayern Familie und Soziales



Region Oberbayern

Zentrum Bayern Familie und Soziales

Region Oberpfalz

Landshuter Straße 55

93053 Regensburg

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen ☒ oder in Blockschrift ausfüllen

**Antrag auf Feststellung einer Behinderung
nach § 152 SGB IX
(Erst- oder Verschlimmerungsantrag)**

A Angaben zur antragstellenden Person	
A1	Aktenzeichen des ZBFS (wenn Sie schon einmal einen Antrag bei uns gestellt haben): Nachname (surname, nom) Bräuherr Vorname (first name, prénom) Günther Maximilian abweichender Geburtsname, frühere Namen
	Geburtsdatum 17.03.1954
A2	Geschlecht ☐ weiblich ☒ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)
	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) 08405 1227
A3	Straße, Hausnummer Raiffeisenstr. 7 PLZ, Ort 85134 Stammham
	Staatsangehörigkeit: Deutsch Bei Staatsangehörigkeit außerhalb eines Mitgliedstaates der EU/EWR: Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Aufenthaltstitels bei. Eine Kopie Ihres Reisepasses benötigen wir nicht.
A4	Sind sie erwerbstätig (freiwillige Angabe)? ☒ nein ☐ ja
A5	Für Grenzarbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers:
A6	Wenn Sie den Steuerfreibetrag für behinderte Menschen bei der Einkommensteuer in Anspruch nehmen wollen, müssen wir den Grad der Behinderung und etwaige Merkzeichen elektronisch an das für Sie zuständige Finanzamt übermitteln. Wenn Sie das möchten, geben Sie bitte Ihre Steuer-ID an: Steuer-ID 85927546303
Bei Minderjährigen: gesetzlicher Vertreter	
Name des gesetzlichen Vertreters Vorname	
Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG) Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	
Straße, Hausnummer PLZ, Ort	
A7	bevollmächtigte Vertreter und Betreuer
Art der Vertretung ☐ bevollmächtigter Vertreter (bitte Vollmacht vorlegen) ☐ gerichtlich bestellter Betreuer (bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen) Bei Betreuung: Die Bestellung als Betreuer gilt bis:	
Name des Vertreters/Betreuers Vorname	
Geschlecht ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG) Telefon tagsüber (freiwillige Angabe)	
Straße, Hausnummer PLZ, Ort	



B Antragsziele

B1 Der Grad der Behinderung (GdB) wird in der Höhe festgestellt, die sich aus Ihrer Behinderung ergibt. Wenn Sie dazu eine konkrete Erwartung haben, können Sie diese hier angeben: **Ich erwarte einen GdB von mindestens** .

B2 Besondere Beeinträchtigungen wegen der Behinderung können durch Merkzeichen auf dem Schwerbehindertenausweis nachgewiesen werden. Bitte teilen Sie uns solche Beeinträchtigungen mit.
Wir werden dann prüfen, ob das Merkzeichen eingetragen werden kann.

G ☒ Zu Fuß kann ich längere Strecken (übliche Wegstrecken im Ortsverkehr) nur mit großen Schwierigkeiten oder gar nicht zurücklegen.

aG ☐ Auch wenn ich nur wenige Schritte gehen möchte, brauche ich fremde Hilfe oder muss mich sehr anstrengen.

aG ☐ Ich kann nicht gehen, bin ständig auf einen Rollstuhl angewiesen.

B ☐ Ich kann öffentliche Verkehrsmittel nur mit Hilfe einer Begleitperson benutzen.

H ☐ Bei der Bewältigung des Alltags brauche ich ständig Hilfe (z. B. beim Anziehen, Essen, Duschen, Toilettengang).

RF ☐ Ich bin stark sehbehindert (GdB mindestens 60 alleine wegen der Sehbehinderung).

Bl ☐ Ich bin auf beiden Augen blind.

RF ☐ Ich bin so stark hörbehindert, dass ich mich auch mit Hörhilfen nicht ausreichend verständigen kann.

Gl ☐ Ich bin gehörlos.

TBl ☐ Ich bin taubblind.

RF ☐ Ich bin praktisch an die Wohnung gebunden, d. h. ich kann sie auch mit Begleitperson und Rollstuhl kaum noch in zumutbarer Weise verlassen.

C Gesundheitsstörung(en)/Behinderung(en)

C1 Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitsstörungen bzw. Behinderungen machen Sie geltend, die mindestens sechs Monate andauern?

Wenn es sich um einen Verschlimmerungsantrag handelt (d. h. wenn Sie von uns früher bereits einen Bescheid erhalten haben) müssen Sie nur die Gesundheitsstörungen angeben, die sich verschlimmert haben oder die neu hinzugekommen sind.

In diesem Fall geben Sie bitte in die Spalte V/N bei verschlimmerten Gesundheitsstörungen ein **V (für verschlimmert)** und bei neuen Gesundheitsstörungen ein **N (für neu)** an.

Wenn es sich um den ersten Antrag handelt, ist in der Spalte V/N keine Eintragung zu machen.

	V/N	Ursache der Behinderung
Nr. 1 Prostata-Karzinom		09
Nr. 2 Spinalkanalstenose		09
Nr. 3		
Nr. 4		
Nr. 5		
Nr. 6		
Nr. 7		
Nr. 8		
Nr. 9		
Nr. 10		

C2 Ursache der Behinderung (die jeweilige Ziffer bitte in die Kästchen eintragen)

01 = angeborene Ursache

04 = Verkehrsunfall

06 = sonstiger Unfall

09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden)

02 = Arbeitsunfall/Berufskrankheit

05 = häuslicher Unfall

07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung oder Folge einer Gewalttat

10 = sonstige Ursache



D	Ausschluss von Gesundheitsstörungen			
D1	Folgende Gesundheitsstörungen sollen nicht berücksichtigt werden:			
E	Weitere Angaben			
E1	Bei Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit): Führen Sie ein Blutzuckertagebuch oder ähnliche Aufzeichnungen?		☒ nein	☐ ja (bitte beifügen)
	Bei Migräne/Kopfschmerzen: Führen Sie einen Migränekalender bzw. ein Kopfschmerztagebuch?		☒ nein	☐ ja (bitte beifügen)
	Bei sonstigen Schmerzen: Führen Sie ein Schmerztagebuch?		☒ nein	☐ ja (bitte beifügen)
	Bei Hörbehinderung: Wurde vom Hörgeräteakustiker ein Sprachaudiogramm erstellt?		☒ nein	☐ ja (bitte beifügen)
	Bei Gehbehinderung: Ich benutze folgende Gehhilfen:		☐ Rollstuhl	☐ Rollator
	Wie häufig nutzen Sie diese Gehhilfen:		☒ gelegentlich	☐ selten
E2	Bei Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung: Beantragen Sie auch Blindengeld?		☒ nein	☐ ja
F	Ärztliche Behandlungen zu C (in den letzten zwei Jahren)			
F1	Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:			
	Fr. Dr. med. Kollmer			
	Am Adelmannsberg 85139 Wettstetten			
	Bei welchen Ärztinnen und Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?			
	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	zu Nr. (siehe 9)	letzter Besuch Monat/Jahr
	Fr. Dr. med. Basista	Urologie	1	06/2025
	Münchener Str. 155 85051 Ingolstadt			
	Prof. Dr. med. Schuck	Strahlentherapie	1	08/2025
	Levelingstr. 23 85049 Ingolstadt			
	Dr. med. Peczkowski	Orthopädie	2	11/2024
	Friedrichshofener Str. 1 85049 Ingolstadt			
	Prof. Dr. med. Anno Graser	Radiologie	1	03/2025
	Burgstr. 7 80331 München			
	Krankenhaus- und Reha-Behandlung(en) in den letzten zwei Jahren:			
	Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt	zu Nr. (siehe 9)	von - bis Datum Aufnahme/Entlassung ambulant/stationär	Unterlagen beim Hausarzt?
	Krankenhaus St. Josef	1	16.04.2025	☒ nein
	Landshuter Str. 65 93053 Regensburg			☐ ja
				☐ nein
				☐ ja
				☐ nein
				☐ 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 nach Strahlentherapie

Name, Anschrift der Klinik: _____

G Verfahren bei anderen Stellen

G1 Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung

- ☒ kein Antrag gestellt
☐ Antrag wurde abgelehnt
☐ Antrag läuft noch, Untersuchung am _____
☐ Rente wurde bewilligt ab _____

Wenn Antrag gestellt wurde: Name und Anschrift des Rentenversicherungsträgers: _____

Versicherungsnummer: _____

Leistungen der Pflegekasse/-versicherung

- ☒ kein Antrag gestellt
☐ Antrag wurde abgelehnt
☐ Antrag läuft noch, Untersuchung am _____
☐ Pflegegrad _____ ab _____

Wenn Antrag gestellt wurde: Name und Anschrift der Pflegekasse/-versicherung : _____

Versicherungsnummer: _____

Antrag bei Versorgungsamt in anderem Bundesland, bei gesetzlichem Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft), österreichischem Sozialministeriumsservice

Name und Anschrift der Stelle: _____

Bescheid vom _____ Aktenzeichen _____ ggf. Tag des Unfalls: _____

Minderung der Erwerbsfähigkeit / Grad der Schädigungsfolgen: _____

Gerichtliche Bestellung eines Betreuers

☐ Es wurde ein Betreuungsgutachten erstellt beim Amtsgericht _____ im Jahr _____

G2 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 _____



H Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises

Beträgt der Grad der Behinderung 50 oder mehr, stellen wir Ihnen einen Schwerbehindertenausweis aus. Wenn Sie keinen Ausweis benötigen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

☐ Ich verzichte auf die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.

I Passfoto für den Schwerbehindertenausweis

Für den Schwerbehindertenausweis benötigen wir ein aktuelles Passfoto. (Ausnahme: Für Kinder unter zehn Jahren ist kein Foto im Ausweis erforderlich.)

Das Foto muss folgende Eigenschaften aufweisen:

- Größe 35 x 45 mm im Hochformat
- einfarbiger, heller Hintergrund (keine Möbel, Gebäude o. ä. im Hintergrund).
- keine weiteren Personen oder Gegenstände im Foto
- Kopfbedeckungen sind nur aus religiösen Gründen erlaubt.

Bitte kennzeichnen Sie das Foto auf der Rückseite mit Vor- und Nachnamen und Geburtsdatum.

Wenn Sie in einem früheren Verfahren der letzten fünf Jahre mit der Fotospeicherung einverstanden waren, benötigen wir kein neues Passfoto.

Das mitgeschickte Foto wird nach Abschluss dieses Verfahrens aus datenschutzrechtlichen Gründen vernichtet.

Wir bieten Ihnen aber die Möglichkeit an, das Foto weitere fünf Jahre zu speichern. Anschließend wird es automatisch gelöscht. Dies hat für Sie den Vorteil, dass Sie kein neues Passfoto einsenden müssen, wenn wir Ihnen in dieser Zeit einen neuen Schwerbehindertenausweis ausstellen (z. B. aufgrund eines Verschlimmerungsantrags).

Ich bin damit einverstanden, dass mein Foto fünf Jahre lang gespeichert wird.

☐ nein ☒ ja

J Beizufügende Unterlagen (zur Beschleunigung Ihres Verfahrens)

- ☒ 2 unterschriebene Einwilligungserklärungen (Schweigepflichtentbindung)
- ☐ Vollmacht (wenn Antrag durch bevollmächtigten Vertreter gestellt)
- ☐ Betreuerausweis in Kopie (wenn Antrag durch Betreuer gestellt)
- ☒ Passfoto (siehe dazu oben Abschnitt I)
- ☐ Reisepass/Aufenthaltstitel in Kopie (nur wenn Staatsangehörigkeit nicht EU, Island, Liechtenstein, Norwegen)

Wenn Sie medizinische Unterlagen beifügen, die Ihnen vorliegen, können Sie das Verfahren damit beschleunigen.

Die Unterlagen sollten nicht älter als zwei Jahre sein. Bitte legen Sie nur Kopien bei, da wir die Unterlagen nicht zurückschicken. Benötigen wir weitere Unterlagen, fordern wir diese entsprechend der erteilten Einwilligungserklärung von der jeweiligen Stelle selbst an.

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- ☐ Hausarztbefundbericht
- ☒ Facharztbefundbericht(e)
- ☐ Krankenhausbericht
- ☐ Reha-Entlassungsbericht
- ☐ Pflegegutachten
- ☐ Rentengutachten
- ☐ Betreuungsgutachten
- ☐ Gutachten der Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft)
- ☐ Sehtest (nur bei Sehschwäche)
- ☐ Sprachaudiogramm des Hörgeräteakustikers (nur bei Schwerhörigkeit)
- ☐ Migränekalender/Kopfschmerztagebuch





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

Vor- und Nachname
des Antragstellers:

Bräuherr

Günther Maximilian

Aktenzeichen

Anschrift:

Raiffeisenstr. 7

85134 Stammham

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, private Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträger einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste, Gerichten, Behörden usw.) im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort dazu vorliegenden Unterlagen beizieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Personen oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Personen 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 beizieht.

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.

13.08.2025

Datum

Unterschrift



☒ Antragsteller



☐ gesetzlicher Verteter



☐ Betreuer



☐ Vorsorgevollmacht o. ä.



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

Vor- und Nachname
des Antragstellers:

Bräuherr

Günther Maximilian

Aktenzeichen

Anschrift:

Raiffeisenstr. 7

85134 Stammham

Erklärung

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die beigefügten Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen, erkläre ich:

Ich bin damit einverstanden, dass das ZBFS in diesem Verfahren und in einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren von den Personen und Stellen, die ich in diesem Antrag angegeben habe (Ärzte, Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, Psychologen, Psychotherapeuten, private Versicherungsunternehmen, Sozialleistungsträger einschließlich ihrer Ärztlichen Dienste, Gerichten, Behörden usw.) im erforderlichen Umfang Auskünfte über meinen Gesundheitszustand einholt und die dort dazu vorliegenden Unterlagen beizieht, auch soweit diese in den letzten zwei Jahren von anderen Personen oder Stellen erstellt worden sind. Dies gilt auch für Personen 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 beizieht.

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.

13.08.2025

Datum

Unterschrift



☒ Antragsteller



☐ gesetzlicher Verteter



☐ Betreuer



☐ Vorsorgevollmacht o. ä.