



**Einfacher und schneller!**  
Antrag **online** stellen unter:  
[www.zbfs.bayern.de](http://www.zbfs.bayern.de)

Aktenzeichen

Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder in Blockschrift ausfüllen

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

<b>A Angaben zur antragstellenden Person</b>		
<b>A1</b>	Nachname (surname, nom) <input type="text"/>	Vorname (first name, prénom) <input type="text"/>
	abweichender Geburtsname, frühere Namen <input type="text"/>	Geburtsdatum <input type="text"/>
<b>A2</b>	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)	Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) <input type="text"/>
	Straße, Hausnummer <input type="text"/>	PLZ, Ort <input type="text"/>
<b>A3</b>	Staatsangehörigkeit: <input type="text"/> <small>➔ Bei Staatsangehörigkeit außerhalb eines Mitgliedstaates der EU/EWR: Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Aufenthaltstitels bei. Eine Kopie Ihres Reisepasses benötigen wir nicht. ☹</small>	
<b>A4</b>	Sind sie erwerbstätig (freiwillige Angabe)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>A5</b>	Für Grenzarbeitnehmer: Name und Anschrift des Arbeitgebers: <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>A6 Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vertreter oder Betreuer bestellt ist</b>		
Art der Vertretung <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter (bei Anträgen Minderjähriger) <input type="checkbox"/> bevollmächtigter Vertreter ➔ (bitte Vollmacht vorlegen) ☹ <input type="checkbox"/> gerichtlich bestellter Betreuer ➔ (bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen) ☹		<b>Bei Betreuung:</b> Die Bestellung als Betreuer gilt bis: <input type="text"/>
Name des Vertreters/Betreuers <input type="text"/>		Vorname <input type="text"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)		Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) <input type="text"/>
Straße, Hausnummer <input type="text"/>		PLZ, Ort <input type="text"/>
<b>A7 ggf. weiterer Vertreter (z. B. bei minderjährigem Antragsteller mit gesetzlichem und bevollmächtigtem Vertreter)</b>		
Art der Vertretung <input type="checkbox"/> gesetzlicher Vertreter (bei Anträgen Minderjähriger) <input type="checkbox"/> bevollmächtigter Vertreter ➔ (bitte Vollmacht vorlegen) ☹ <input type="checkbox"/> gerichtlich bestellter Betreuer ➔ (bitte Betreuerausweis in Kopie vorlegen) ☹		<b>Bei Betreuung:</b> Die Bestellung als Betreuer gilt bis: <input type="text"/>
Name des Vertreters/Betreuers <input type="text"/>		Vorname <input type="text"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> keine Angabe (§ 22 Abs. 3 PStG)		Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) <input type="text"/>
Straße, Hausnummer <input type="text"/>		PLZ, Ort <input type="text"/>



## 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.

- |                          |   |   |                        |
|--------------------------|---|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Zu Fuß kann ich längere Strecken (übliche Wegstrecken im Ortsverkehr) nur mit großen Schwierigkeiten oder gar nicht zurücklegen.            | → | <b>Merkzeichen G</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Auch wenn ich nur wenige Schritte gehen möchte, brauche ich fremde Hilfe oder muss mich sehr anstrengen.                                    | → | <b>Merkzeichen aG</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Ich kann nicht gehen, bin ständig auf einen Rollstuhl angewiesen.   | → | <b>Merkzeichen aG</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Ich kann öffentliche Verkehrsmittel nur mit Hilfe einer Begleitperson benutzen.   | → | <b>Merkzeichen B</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Bei der Bewältigung des Alltags brauche ich ständig Hilfe (z. B. beim Anziehen, Essen, Duschen, Toilettengang).                             | → | <b>Merkzeichen H</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin stark sehbehindert (GdB mindestens 60).   | → | <b>Merkzeichen RF</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin auf beiden Augen blind.   | → | <b>Merkzeichen BI</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin so stark hörbehindert, dass ich mich auch mit Hörhilfen nicht ausreichend verständigen kann.  | → | <b>Merkzeichen RF</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin gehörlos.   | → | <b>Merkzeichen GI</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin taubblind.  | → | <b>Merkzeichen TBI</b> |
| <input type="checkbox"/> | Ich bin praktisch an die Wohnung gebunden, d. h. ich kann sie auch mit Begleitperson und Rollstuhl kaum noch in zumutbarer Weise verlassen. | → | <b>Merkzeichen RF</b>  |

## 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 verschlimmertem 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		
Nr. 2		
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                    | 02 = Arbeitsunfall/Berufskrankheit  |
| 04 = Verkehrsunfall                        | 05 = häuslicher Unfall  |
| 06 = sonstiger Unfall                      | 07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung oder Folge einer Gewalttat |
| 09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden) | 10 = sonstige Ursache   |



<b>D</b>	<b>Ausschluss von Gesundheitsstörungen</b>																																																
<b>D1</b>	Folgende Gesundheitsstörungen sollen nicht berücksichtigt werden:																																																
<b>E</b>	<b>Weitere Angaben</b>																																																
<b>E1</b>	<b>Bei Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):</b> Führen Sie ein Blutzuckertagebuch oder ähnliche Aufzeichnungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)																																														
	<b>Bei Migräne/Kopfschmerzen:</b> Führen Sie einen Migränekalender bzw. ein Kopfschmerztagebuch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)																																														
	<b>Bei sonstigen Schmerzen:</b> Führen Sie ein Schmerztagebuch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)																																														
	<b>Bei Hörbehinderung:</b> Wurde vom Hörgeräteakustiker ein Sprachaudiogramm erstellt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (bitte beifügen)																																														
	<b>Bei Gehbehinderung:</b> Ich benutze folgende Gehhilfen: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstock / Unterarmgehstütze Wie häufig nutzen Sie diese Gehhilfen: <input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> selten																																																
<b>E2</b>	<b>Bei Blindheit oder hochgradiger Sehbehinderung:</b> Beantragen Sie auch Blindengeld?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja																																														
<b>F</b>	<b>Ärztliche Behandlungen zu C (in den letzten zwei Jahren)</b>																																																
<b>F1</b>	Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes:																																																
	<hr/> <hr/>																																																
Bei welchen Ärztinnen und Ärzten sind bzw. waren Sie außerdem in Behandlung?																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Name und Anschrift der behandelnden Ärzte</th> <th>Fachgebiet</th> <th>zu Nr. (siehe C)</th> <th>letzter Besuch Monat/Jahr</th> <th>Unterlagen beim Hausarzt?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </tbody> </table>					Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	zu Nr. (siehe C)	letzter Besuch Monat/Jahr	Unterlagen beim Hausarzt?					<input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> ja					<input type="checkbox"/> nein					<input type="checkbox"/> ja
Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Fachgebiet	zu Nr. (siehe C)	letzter Besuch Monat/Jahr	Unterlagen beim Hausarzt?																																													
				<input type="checkbox"/> nein																																													
				<input type="checkbox"/> ja																																													
				<input type="checkbox"/> nein																																													
				<input type="checkbox"/> ja																																													
				<input type="checkbox"/> nein																																													
				<input type="checkbox"/> ja																																													
				<input type="checkbox"/> nein																																													
				<input type="checkbox"/> ja																																													
Krankenhaus- und Reha-Behandlung(en) in den letzten zwei Jahren:																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt</th> <th>zu Nr. (siehe C)</th> <th>von - bis Datum Aufnahme/Entlassung ambulant/stationär</th> <th>Unterlagen beim Hausarzt?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> </tr> </tbody> </table>					Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt	zu Nr. (siehe C)	von - bis Datum Aufnahme/Entlassung ambulant/stationär	Unterlagen beim Hausarzt?				<input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja				<input type="checkbox"/> nein				<input type="checkbox"/> ja																	
Name und Anschrift der Klinik Abteilung/Station/Chef-/Stationsarzt	zu Nr. (siehe C)	von - bis Datum Aufnahme/Entlassung ambulant/stationär	Unterlagen beim Hausarzt?																																														
			<input type="checkbox"/> nein																																														
			<input type="checkbox"/> ja																																														
			<input type="checkbox"/> nein																																														
			<input type="checkbox"/> ja																																														
			<input type="checkbox"/> nein																																														
			<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

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 gesetzlichem Unfallversicherungsträger (z. B. Berufsgenossenschaft), Versorgungsamt in anderem Bundesland, österreichischem Sozialministeriumservice

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)
- Nachweis über Beschäftigung in Deutschland (nur für Grenzarbeitnehmer)

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: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen

**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 bezieht, 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 bezieht.  
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.

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: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen

**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 bezieht, 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 bezieht.  
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.

Datum

Unterschrift

Antragsteller     gesetzlicher Verteter     Betreuer     Vorsorgevollmacht o. ä.