

1 An die für das Feststellungsverfahren nach dem Schwerbehindertenrecht zuständige Stelle

Kreis/Kreisfreie Stadt	Geschäfts-/Aktenzeichen	Eingangsstempel

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen bzw. streichen

<input type="checkbox"/> Erstantrag	<input type="checkbox"/> Änderungsantrag
--	---

nach § 152 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen - **Schwerbehindertenrecht** -

- zur Feststellung einer Behinderung, eines - höheren - Grades der Behinderung (GdB),
- zur Feststellung - weiterer - gesundheitlicher Merkmale (s. Seite 5- Ziffer 10.1)
- sowie zur Ausstellung eines - neuen - Ausweises*

* Für die bloße Verlängerung der Gültigkeitsdauer eines Ausweises ist dieser Antrag nicht erforderlich.

Haben Sie bereits früher einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?

- Nein**
- Ja, bei**

Geschäfts-/Aktenzeichen:

2 Angaben zur Person, zu gesetzlichen Vertretern, Betreuern und Bevollmächtigten

Name der antragstellenden Person		Vorname		Geburtsname												
Geburtsort	Geburtsstaat	geboren am	weiblich	männlich	divers											
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Staatsangehörigkeit <small>(siehe Erläuterungen Seite 6)</small>		Bitte Kopie des Aufenthaltstitels beifügen, wenn Sie eine ausländische Person eines Landes sind, das nicht der EU angehört.														
		Wenn Sie im Ausland wohnen und einen Arbeitsplatz in Deutschland haben, bitte Bescheinigung des jetzigen Arbeitgebers beifügen.														
Straße, Hausnummer																
PLZ		Wohnort														
Telefon-Nr. (Angabe freiwillig)			Sind Sie erwerbstätig?													
			<small>(siehe Erläuterungen Seite 6)</small> <input type="checkbox"/> Ja													
persönliche, 11-stellige Steuer-Identifikationsnummer der antragstellenden Person zur Übermittlung der erforderlichen Daten an das Finanzamt: <small>(siehe Erläuterungen Seite 6)</small>																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table>																
Zuständiges Finanzamt: _____																
Bei Minderjährigen unter 15 Jahren: Nachname, Vorname des 1. Elternteils			sorgeberechtigt													
			<input type="checkbox"/> Ja													
Anschrift:			Tel.-Nr. (freiwillig)													
Bei Minderjährigen unter 15 Jahren: Nachname, Vorname des 2. Elternteils			sorgeberechtigt													
			<input type="checkbox"/> Ja													
Anschrift:			Tel.-Nr. (freiwillig)													
▼ Bitte eine Vollmacht bzw. Kopie der Bestellsurkunde oder des Betreuungsausweises beifügen▼																
andere gesetzliche Vertretung, Bevollmächtigung: Nachname, Vorname			weiblich männlich divers													
			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>													
Anschrift:			Tel.-Nr. (freiwillig)													

WICHTIGE HINWEISE

Um sachgerecht über diesen Antrag entscheiden zu können, werden von Ihnen Informationen und Unterlagen über Sie benötigt. Bitte füllen Sie den Antragsvordruck sorgfältig - möglichst in Maschinen- oder Blockschrift - aus. Beachten Sie hierbei bitte auch die Erläuterungen ab der 6. Seite dieses Vordrucks und vergessen Sie nicht, den Antrag auf der 5. Seite

zu unterschreiben.

Wenn sich Unterlagen über Ihren Gesundheitszustand (z.B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlussgutachten, Pflege-, Betreuungsgutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde - keine Röntgenbilder-) in Ihrem Besitz befinden, die nicht älter als 2 Jahre sind, reichen Sie diese bitte zusammen mit dem Antrag ein.

Falls oder soweit Sie keine Unterlagen beifügen, werden diese entsprechend Ihrer Einverständniserklärung am Ende des Antragsvordrucks von den von Ihnen benannten Stellen und Personen beigezogen.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit dem Antrag erfolgt nach § 67a Abs. 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Soweit Sie vom Angebot der Datenbeschaffung durch die zuständige Stelle Gebrauch machen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende dieses Antragsvordrucks. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67b SGB X. Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Abs. 1 (Obliegenheit) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (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.

3 Angaben zu einer anderweitigen Feststellung

3.1 Haben Sie bereits einen Antrag gestellt oder eine Feststellung über die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bzw. den Grad der Schädigungsfolgen (GdS) erhalten bei/von

1. einer Berufsgenossenschaft (z. B. wegen eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit)? Ja Nein
2. einem Versorgungsamt, einem Landschaftsverband oder einer Behörde der Bundeswehrverwaltung (z. B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltopfer)? Ja Nein
3. einer anderen Dienststelle (z.B. Landesamt, Wehrbereichsgebührensamt)? Ja Nein

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, legen Sie bitte **den Bescheid in**

Kopie bei oder teilen Sie mit, von welcher Stelle _____

und unter welchem Geschäfts-/Aktenzeichen _____

gegebenenfalls Tag des Unfalls/der Schädigung etc. _____

diese Entscheidung getroffen wurde bzw. der Antrag bearbeitet wird, damit die Unterlagen angefordert werden können.

3.2 Möchten Sie über die vorgenannte anderweitige Feststellung (Ziffer 3.1) hinaus weitere Gesundheitsstörungen oder eine Verschlimmerung bereits festgestellter (Funktions-)Beeinträchtigungen geltend machen?

Ja - Bitte weiter mit Nr. 4 ff - Nein - Bitte weiter mit Nr. 10 ff -

4 Angaben zu Ihrer Krankenkasse

Für die Anforderung von Befundberichten von den von Ihnen nachfolgend angegebenen Ärzten geben Sie bitte den **Namen und die Anschrift Ihrer Krankenkasse** an:

5 Angaben zu Ihren Gesundheitsstörungen

Führen Sie bitte hier die Gesundheitsstörungen (z.B. Wirbelsäulenleiden, Bluthochdruck) auf, die – neu – als Beeinträchtigungen festgestellt werden sollen oder sich geändert/verschlimmert haben. Es reicht **nicht** aus, auf beim Arzt anzufordernde Unterlagen zu verweisen.

Weitere Behinderungen können in der Anlage 1 eingetragen werden.

Gesundheitsstörungen:	Ursachen -Ziffer-	Mögliche Ursachen:
		01 = angeborene Ursache 02 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- Betriebswegeunfall) /Berufs- krankheit 04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall 05 = häuslicher Unfall 06 = sonstiger Unfall 07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivil- dienstbeschädigung 09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden ohne Berufskrankheit) 10 = sonstige Ursache oder mehrere Ursachen

6 Angaben zu Ihren ärztlichen Behandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

6.1	Hausarzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

6.2	Weitere Ärzte:		
Hinweis: Sie können die Dauer des Verfahrens beeinflussen. Fragen Sie bitte bei Ihrem Hausarzt nach, von welchen nachstehenden Fachärzten aktuelle Berichte (nicht älter als 2 Jahre) vorliegen und bitten Sie Ihren Hausarzt darum, diese Unterlagen auf Anfrage der zuständigen Stelle mit einzusenden. Berichte von Augen- und HNO-Ärzten werden vom Aufgabenträger gesondert angefordert.			
Facharzt : Name		Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Facharzt : Name		Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Weitere Fachärzte können in der Anlage 2 eingetragen werden.

7 Angaben zu Ihren Krankenhausbehandlungen zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

Name des Krankenhauses		Wichtig! Abteilung / Station (z.B. Innere / Orthopädie)	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Behandlung von - bis		Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Name des Krankenhauses		Wichtig! Abteilung / Station (z.B. Innere / Orthopädie)	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Behandlung von - bis		Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			



8 Angaben zu Ihren Rehabilitationsverfahren/Kuren zu 5 (in den letzten 2 Jahren)

Name der Klinik		Behandlung von bis	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort
Name des Kostenträgers		Mitgliedsnummer/ Geschäftszeichen/Versicherungsnummer	
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			



Weitere Krankenhäuser und Rehakliniken können in Anlage 3 und 4 eingetragen werden.

9 Sonstige Angaben zu Ihren unter 5 geltend gemachten Gesundheitsstörungen

Name und Anschrift des Leistungsträgers bzw. der Stelle	ärztliche Unterlagen bzw. Gutachten	Datum des Gutachtens/ der ärztl. Untersuchung	Geschäfts-/Aktenzeichen, Versicherungsnummer
Pflegekasse Pflegegrad: ____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Landschaftsverband (Blindengeld, Hilfe für Gehörlose)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Gericht (u.a. Betreuungsgutachten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		
Agentur für Arbeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Rentenversicherungsträger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt		

10 Angaben zur Inanspruchnahme von Nachteilsausgleichen und Ausstellung eines Ausweises

10.1	Es soll festgestellt werden, dass die gesundheitlichen Voraussetzungen für folgende Merkzeichen vorliegen: (Bitte beachten Sie die Erläuterungen unter 10.1 auf der Seite 7 und kreuzen Sie gegebenenfalls an)								
	G ?	aG ?	B ?	RF ?	TBI ?	H ?	1.KI ?	BI ?	GI ?
10.2	<input type="checkbox"/> Ich benötige keinen Ausweis.								
10.3	Die Feststellung ist ab dem Tag des Antragseingangs gültig. Wenn Sie ein besonderes Interesse (z.B. Steuer/ Rente) glaubhaft machen, kann auch ein früherer Gültigkeits-Zeitpunkt bescheinigt werden. Ich beantrage eine Rückwirkung ab: _____ wegen <input type="checkbox"/> Steuer <input type="checkbox"/> Rente ? oder wegen _____ Hinweis: Das Finanzamt gewährt den Pauschbetrag nach dem Einkommensteuergesetz (EStG) bereits für das Jahr der Antragstellung, wenn die Voraussetzungen an mindestens einem Tag im Kalenderjahr vorgelegen haben; die erhöhten Pauschbeträge nach dem Behindertenpauschbetragsgesetz jedoch frühestens ab dem Veranlagungszeitraum 2021.								

11 Erklärungen:

11.1	Schweigepflichtsentbindung, Einverständnis zur dauerhaften Lichtbildspeicherung sowie zur Übermittlung der Daten an die Finanzbehörde und an den externen Druckdienstleister zur Ausweisausstellung (einschl. Lichtbild)	
	<p>Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigelegten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die zuständige Stelle in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den genannten Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden, Gerichten sowie von den sonstigen von mir benannten Stellen (s. Ziffer 9 des Antragsvordruckes) Auskünfte einholt und Unterlagen bezieht in dem Umfang, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. Mein Einverständnis gilt auch für Unterlagen, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die beteiligten Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.</p> <p>Falls ich die Einverständniserklärung widerrufen oder einschränken will, mache ich folgende Erklärung:</p> <p>_____</p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Stelle mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beauftragten Gutachtern zur medizinischen Beurteilung, - anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie - den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit <p>übermittelt werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr.1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).</p> <p>Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann. Mit der dauerhaften Speicherung meines Lichtbildes bin ich einverstanden. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen.) Mit der Weitergabe des Lichtbildes – einschl. der erforderlichen Daten - zur Ausweisausstellung an den externen Druckdienstleister bin ich einverstanden. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen.) Mit der Übermittlung der zur Inanspruchnahme des Behindertenpauschbetrages erforderlichen Daten an das zuständige Finanzamt bin ich einverstanden. (Falls nicht zutreffend, bitte streichen.)</p> <p>Datum: _____</p> <p>Unterschrift: _____ der antragstellenden Person, des gesetzlichen Vertreters, des Betreuers oder des Inhabers einer entsprechenden Vollmacht (Vorsorgevollmacht)</p>	
	▼ Bei Minderjährigen unter 15 Jahren bitte Unterschriften <u>aller</u> sorgeberechtigten Personen! ▼	
	Unterschrift: _____	Unterschrift: _____
	<p>Dem Antrag füge ich bei:</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Lichtbild aus neuester Zeit (mit meinem Namen auf der Rückseite) - nur erforderlich ab Vollendung des 10. Lebensjahres für die Ausstellung eines Ausweises-</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis - Aufenthaltsstatus <input type="checkbox"/> Ergänzungsbogen zum Antrag</p>	

Anlage 1: Weitere Gesundheitsstörungen

Weitere Gesundheitsstörungen:	Ursachen -Ziffer-	Mögliche Ursachen:
		01 = angeborene Ursache
		02 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- Betriebswegeunfall) /Berufs- krankheit
		04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall
		05 = häuslicher Unfall
		06 = sonstiger Unfall
		07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivil- dienstbeschädigung
		09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden ohne Berufskrankheit)
		10 = sonstige Ursache oder mehrere Ursachen

Weitere Gesundheitsstörungen:	Ursachen -Ziffer-	Mögliche Ursachen:
		01 = angeborene Ursache
		02 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- Betriebswegeunfall) /Berufs- krankheit
		04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall
		05 = häuslicher Unfall
		06 = sonstiger Unfall
		07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivil- dienstbeschädigung
		09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden ohne Berufskrankheit)
		10 = sonstige Ursache oder mehrere Ursachen

Weitere Gesundheitsstörungen:	Ursachen -Ziffer-	Mögliche Ursachen:
		01 = angeborene Ursache
		02 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- Betriebswegeunfall) /Berufs- krankheit
		04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall
		05 = häuslicher Unfall
		06 = sonstiger Unfall
		07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivil- dienstbeschädigung
		09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden ohne Berufskrankheit)
		10 = sonstige Ursache oder mehrere Ursachen

Weitere Gesundheitsstörungen:	Ursachen -Ziffer-	Mögliche Ursachen:
		01 = angeborene Ursache
		02 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- Betriebswegeunfall) /Berufs- krankheit
		04 = Verkehrsunfall, soweit nicht Arbeitsunfall
		05 = häuslicher Unfall
		06 = sonstiger Unfall
		07 = Kriegs-, Wehrdienst-, Zivil- dienstbeschädigung
		09 = sonstige Krankheit (auch Impfschaden ohne Berufskrankheit)
		10 = sonstige Ursache oder mehrere Ursachen

Anlage 2: Weitere Fachärzte

Facharzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? Ja Nein

Facharzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? Ja Nein

Facharzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? Ja Nein

Facharzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? Ja Nein

Facharzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? Ja Nein

Facharzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? Ja Nein

Facharzt : Name	Fachgebiet	letzte Behandlung (Monat /Jahr)
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort

Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? Ja Nein

Anlage 3: Weitere Krankenhausbehandlungen

Weitere Krankenhausbehandlungen (in den letzten 2 Jahren)

Name des Krankenhauses	Wichtig! Abteilung / Station (z.B. Innere / Orthopädie)	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name des Krankenhauses	Wichtig! Abteilung / Station (z.B. Innere / Orthopädie)	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name des Krankenhauses	Wichtig! Abteilung / Station (z.B. Innere / Orthopädie)	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name des Krankenhauses	Wichtig! Abteilung / Station (z.B. Innere / Orthopädie)	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name des Krankenhauses	Wichtig! Abteilung / Station (z.B. Innere / Orthopädie)	
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Behandlung von - bis	Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>	
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Anlage 4: Weitere Rehabilitationsverfahren/Kuren

Weitere Rehabilitationsverfahren/Kuren (in den letzten 2 Jahren)

Name der Klinik		Behandlung von		bis	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort		
Name des Kostenträgers		Mitgliedsnummer/ Geschäftszeichen/Versicherungsnummer			
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer			
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					

Name der Klinik		Behandlung von		bis	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort		
Name des Kostenträgers		Mitgliedsnummer/ Geschäftszeichen/Versicherungsnummer			
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer			
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					

Name der Klinik		Behandlung von		bis	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort		
Name des Kostenträgers		Mitgliedsnummer/ Geschäftszeichen/Versicherungsnummer			
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer			
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					

Name der Klinik		Behandlung von		bis	
Straße, Hausnummer		PLZ	Ort		
Name des Kostenträgers		Mitgliedsnummer/ Geschäftszeichen/Versicherungsnummer			
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer			
Befinden sich diese Unterlagen auch bei Ihrem Hausarzt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					