

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

Landratsamt Vogtlandkreis
Sozialamt
Postplatz 5
08523 Plauen

Prüfung Voraussetzungen

nach § 41 Absatz 3 SGB XII

Anlage A 9

Antragsteller/in

Eingangsstempel

1. Angaben zur dauerhaften Erwerbsminderung

Seit wann halten Sie sich für erwerbsunfähig?

Wegen welchen Gesundheitsstörungen halten Sie sich für erwerbsunfähig?

Welche Arbeiten können Sie nach Ihrer Auffassung noch verrichten?	Für wie viele Stunden täglich?
---	--------------------------------

	h pro Tag
--	-----------

	h pro Tag
--	-----------

Sind sie zur Zeit arbeitsunfähig krank?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	seit:	Name sowie Anschrift der Krankenkasse
---	--	-------	---------------------------------------

Geht die Gesundheitsstörung auf einen Unfall, Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, Gewahrsam im Sinne des Häftlingshilfegesetzes zurück? Ja Nein

Wenn ja

1. Name des Verursachers:

2. anerkannt durch (Stelle):

3. Aktenzeichen:

1. Name des Verursachers:

2. anerkannt durch (Stelle):

3. Aktenzeichen:

2. Ärztliche Behandlung (gegebenenfalls Mehrfachangabe)

Name des Arztes		Telefonnummer	
Anschrift des Arztes			
Behandlung wegen		Behandlungszeitraum	
Name des Arztes		Telefonnummer	
Anschrift des Arztes			
Behandlung wegen		Behandlungszeitraum	

Anlage A 9 - 08/2019

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

3. stationäre Krankenhausaufenthalte			
Waren Sie in den letzten Jahren in stationärer Behandlung?		Ja	Nein
Krankenhaus		Abteilung/Station	
Anschrift			
Behandlung wegen		Behandlungszeitraum	
Krankenhaus		Abteilung/Station	
Anschrift			
Behandlung wegen		Behandlungszeitraum	
Krankenhaus		Abteilung/Station	
Anschrift			
Behandlung wegen		Behandlungszeitraum	

4. Ärztliche Untersuchungen			
Wurden Sie in den letzten Jahren zu ärztlichen Untersuchungen veranlasst?		Ja	Nein
Krankenkasse (Medizinischer Dienst)	Name der Krankenkasse	Aktenzeichen	Datum
Agentur für Arbeit	Ort	Aktenzeichen/Kundennummer	Datum
Gesundheitsamt	Ort	Aktenzeichen	Datum
Berufsgenossenschaft	Name der Berufsgenossenschaft	Aktenzeichen	Datum
Personal-/Betriebsarzt	Name des Arztes	Anschrift des Arbeitgebers	Personal-Nummer
			Datum
Versorgungsamt	Name	Aktenzeichen	Schwerbehinderung: Ja Nein Grad der Behinderung: <input type="text"/>
			Datum

5. Leistungen zur Rehabilitation			
Sind medizinische oder berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation (Kur, Umschulung) erbracht worden?		Ja	Nein
Kostenträger	Aktenzeichen	Ort	Zeitraum
Kostenträger	Aktenzeichen	Ort	Zeitraum
Kostenträger	Aktenzeichen	Ort	Zeitraum
Sind medizinische oder berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation (Kur, Umschulung) beantragt?		Ja	Nein
Stelle	Aktenzeichen	Antragsdatum	
Wurden medizinische oder berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation (Kur, Umschulung) abgelehnt?		Ja	Nein
Stelle	Aktenzeichen	Ablehnungsdatum	

Anlage A 9 - 08/2019

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen!

6. sonstige Angaben			
Ist anlässlich eines Rentenanspruches bereits eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurden?		Ja	Nein
Versicherungsträger			
Aktenzeichen		Untersuchung am	
Sind Sie an einer ärztliche Untersuchung auf Grund Ihrer Gesundheit gehindert?		Ja	Nein
Grund			

7. Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Behörde (hier: Landratsamt Vogtlandkreis, Geschäftsbereich I - Gesundheit und Soziales, SG 111 - Grundsicherung/Hilfe zum Lebensunterhalt) im Rahmen der Bearbeitung meines Antrages von den Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Trägern der Sozialversicherung, welche meinerseits im Antrag angegeben wurde bzw. welche aus den von mir vorgelegten Unterlagen ersichtlich sind, entsprechende Unterlagen einholt.

Hierzu zählen u.a. Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde sowie Röntgenbilder, welche für die Entscheidung zu meinem Antrag benötigt werden.

Zugleich bin ich damit einverstanden, dass von Ärzten, welche mich behandelt haben, die notwendigen Auskünfte eingeholt und Unterlagen zur Einsicht beigezogen werden können. Dies schließt auch die Unterlagen ein, welche den Ärzten bzw. Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Entbindung Schweigepflicht

Ich entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu, soweit meinerseits diese Ärzte nicht ausgeschlossen wurden.

Ich werde der Behörde umgehend informieren, sofern ärztliche Untersuchungen während des laufenden Antragsverfahrens stattgefunden haben. Sofern ich bei dieser Mitteilung keine gegenteilige Erklärung abgebe, bin ich damit einverstanden, dass auch die Unterlagen über diese ärztliche Untersuchung angefordert werden können.

Ausschluss von Ärzten bzw. Einrichtungen von meiner Einwilligung:

Anlage A 9 - 08/2019

Ort, Datum: _____

Unterschrift Antragsteller/in bzw. gesetzlicher Vertreter / Betreuer

Unterschrift des Ehegatten / Lebenspartners / Lebensgefährten