

**Antrag nach § 152 des  
Neunten Buches Sozialgesetzbuch  
(SGB IX /Schwerbehindertenrecht)**

**Bitte sorgfältig und möglichst in Blockschrift ausfüllen und Antrag (Seite 4) bitte unterschreiben !**

Zutreffendes ankreuzen

(1)

**Erstantrag**

Ich habe bisher keinen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt

**Änderungsantrag**

Ich habe schon einmal einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt bei (Behörde und Geschäftszeichen)

Geschäftszeichen	Eingangsstempel
------------------	-----------------

**Landesamt für Gesundheit und Soziales  
Mecklenburg-Vorpommern  
Abteilung Soziales / Versorgungsamt**

Dezernat Neubrandenburg <input type="checkbox"/> Neustrelitzer Straße 120 17033 Neubrandenburg Tel. 0385 / 588-59970 behinderung.nb@lagus.mv-regierung.de	Mecklenburgische Seenplatte, Altkreise Demmin und Uecker-Randow
Dezernat Rostock <input type="checkbox"/> Blücherstraße 1 18055 Rostock Tel. 0385 / 588-59950 behinderung.rostock@lagus.mv-regierung.de	Stadt Rostock Landkreis Rostock
Dezernat Schwerin <input type="checkbox"/> Friedrich-Engels-Str. 47 19061 Schwerin Tel. 0385 / 588-59960 behinderung.schwerin@lagus.mv-regierung.de	Stadt Schwerin, Ludwigslust-Parchim, Nordwestmecklenburg
Dezernat Stralsund <input type="checkbox"/> Frankendamm 17 18439 Stralsund Tel. 0385 / 588-59980 behinderung.stralsund@lagus.mv-regierung.de	Vorpommern-Rügen Vorpommern-Greifswald ohne Altkreise Demmin und Uecker-Randow

(2)

**Antragstellerin / Antragsteller**

Name, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum	männl. weibl. divers
Straße, Hausnummer	(tagsüber erreichbar)	
Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil	E-Mail	
Sind Sie zur Zeit erwerbstätig ? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Steuer-Identifikationsnummer 	

(3)

**Nur bei nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ausfüllen.**

**Ausländerische Mitbürger und ausländerische Familienangehörige von heimatlosen Ausländern (Staatenlose)** fügen bitte eine amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsberechtigung oder eine Abschrift/Ablichtung hieron bei oder lassen nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Ausländerbehörde ausfüllen.

**Unionsbürger, Angehörige des EWR und ihre Familienangehörigen** weisen den Wohnsitz durch Vorlage des Personalausweises oder des Reisepasses nach.

**Von Grenzarbeitnehmern** ist die Arbeitsbescheinigung des jetzigen Arbeitgebers und ggf. die Aufenthaltsgenehmigung bzw. amtliche Bescheinigung über die Aufenthaltsgenehmigung oder der Ausweis für den kleinen Grenzverkehr vorzulegen oder nebenstehende Bestätigung durch die zuständige Behörde vornehmen zu lassen.

**Staatsangehörigkeit**

Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich rechtmäßig in der Bundesrepublik Deutschland auf.

Aufenthaltsberechtigung ist beschränkt bis

(Datum, Stempel, Unterschrift d. Ausländerbehörde)

(4)

**Bevollmächtigte/r / gesetzl. Vertreter/in / Betreuer/in**

Bitte zwingend Vollmacht oder Betreuungskunde in Kopie beifügen.

Name, Vorname	männl. weibl. divers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer	(tagsüber erreichbar)
Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil	E-Mail

(5)

**Feststellungsbeginn**

Ich beantrage, die Behinderteneigenschaft festzustellen

ab Antragseingang

rückwirkend ab:

aus welchem Grund

steuerliche Gründe  Landesblindengeld  
 Wohngeld / Rente

- ⑥ Welche Gesundheitsstörung wird **erstmals** als Behinderung geltend gemacht ?  
 Welche Gesundheitsstörung ist seit der letzten Feststellung hinzugegetreten ?

**Führen Sie bitte nur Gesundheitsstörungen auf, die zu dauernden Funktionsbeeinträchtigungen führen und noch nicht festgestellt wurden.**

Ursachenschlüssel

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung den jeweils zutreffenden Ursachenschlüssleintragen  
 1 = angeborene Behinderung  
 2 = anerkannter Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebswegeunfall) / anerkannte Berufskrankheit  
 4 = Verkehrsunfall } soweit nicht  
 5 = häuslicher Unfall } Arbeitsunfall  
 6 = sonstiger Unfall  
 7 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung  
 9 = sonstige Krankheit  
 0 = sonstige Ursachen oder mehrere Ursachen

a)		<input type="checkbox"/>
b)		<input type="checkbox"/>
c)		<input type="checkbox"/>
d)		<input type="checkbox"/>
e)		<input type="checkbox"/>

- ⑦ Folgende bereits festgestellte Behinderung hat sich seit der letzten Feststellung wesentlich verschlimmert:

f)		<input type="checkbox"/>
g)		<input type="checkbox"/>
h)		<input type="checkbox"/>

! Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurabschlussberichte, EKG-, Laborbefunde, keine Röntgenbilder!) in Ihren Händen befinden, fügen Sie sie bitte diesem Antrag bei. !

**Folgende Angaben dienen der medizinischen Sachaufklärung zu den unter Punkt ⑥ und ⑦ geltend gemachten Gesundheitsstörungen:**

- ⑧ **Hausarzt** Name und Anschrift / letzte Vorstellung war am:

**Fachärztliche Behandlungen**

Zeitraum / Name und Anschrift / Fachgebiet  
 letzte Behandlung

wegen Buchstabe  
 s. Punkt ⑥ und ⑦

		a) b) c) d) e) f) g) h)
		a) b) c) d) e) f) g) h)
		a) b) c) d) e) f) g) h)
		a) b) c) d) e) f) g) h)
		a) b) c) d) e) f) g) h)

**Krankenhausbehandlung in den letzten 2 Jahren**

von-bis Name und Anschrift des Krankenhauses,  
 Station bzw. Abteilung

wegen Buchstabe  
 s. Punkt ⑥ und ⑦

		a) b) c) d) e) f) g) h)
		a) b) c) d) e) f) g) h)

(11)

**Wurde ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bewilligt? (Pflegegeld)**

Wenn ja, bitte Kopie des Pflegegutachtens einreichen.

Ja Nein **Bei welcher Krankenkasse?**

Name der Krankenkasse / Aktenzeichen

Anschrift

Bitte Pflegegrad angeben

(12)

**Reha-Maßnahmen in den letzten 2 Jahren**

von-bis	Name und Anschrift der Reha-Anstalt	Wegen welcher Behinderung
Name des Kostenträgers		Aktenzeichen / Versicherungs-Nr.
Anschrift des Kostenträgers		

(13)

**Bei welchen Stellen befinden sich weitere ärztliche Unterlagen? (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Gesundheitsamt, ARGE medizinischer Dienst, ARGE psychologischer Dienst, Bundesagentur für Arbeit, Sonderschule, Amtsgericht etc.)**

Behörde/ Dienststelle - genaue Anschrift angeben-	Aktenzeichen / Versicherungs-Nr.	Wegen welcher Behinderung?

(14)

**Leistungen anderer Stellen**

Ich erhalte von folgender Stelle Leistungen:

- Gesetzl. Unfallversicherungsträger (z. B. nach Arbeits-/ Dienstunfall)       ja       nein       beantragt
- Versorgungsverwaltung (z. B. wegen einer Schädigung als Soldat oder Gewaltpfeifer)       ja       nein       beantragt

Behörde/ Dienststelle - genaue Anschrift angeben-	Aktenzeichen / Versicherungs-Nr.	Wegen welcher Behinderung?

(15)

**Merkzeichen**

Ich beantrage die Feststellung folgender Merkzeichen:

- Merkzeichen "G" (wegen erheblicher Gehbehinderung)
- Merkzeichen "B" (wegen der Notwendigkeit ständiger Begleitung)
- Merkzeichen "aG" (wegen außergewöhnlicher Gehbehinderung)
- Merkzeichen "H" (wegen Hilflosigkeit)
- Merkzeichen "RF" (weil eine leidensbedingte ständige Teilnahme am öffentlichen Leben, auch mit Begleitperson und Hilfsmitteln dauerhaft nicht möglich ist bzw. eine ausgeprägte Hör- oder Sehbehinderung vorliegt)
- Merkzeichen "Bl" (wegen Blindheit) oder  "HS" (wegen Hochgradiger Sehbehinderung)
- Merkzeichen "Gl" (wegen Gehörlosigkeit)  "TBI" (wegen Taubblindheit)

**Schwerbehindertenausweis**

Ich beantrage

- die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.
- nur die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises nach § 152 Abs. 2 SGB IX, weil die Feststellung vorliegender Behinderungen bereits von einer anderen Stelle (Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) getroffen worden ist (siehe auch Punkt (14)).
- Ich benötige keinen Ausweis.

### **Hinweis**

Soweit Sie über die auf Seite 2 unter ⑥ a - e und ⑦ f - h aufgeführten Gesundheitsstörungen ärztliche Unterlagen in Ihren Händen haben, fügen Sie diese bitte in Kopie bei. Originale werden Ihnen nicht wieder zurückgesandt. Wenn Sie die kompletten ärztlichen Befunde für alle geltend gemachten Gesundheitsstörungen dem Antrag beifügen können, ist eine schnellere Entscheidung über Ihren Antrag möglich.  
Entstandene Kosten für selbst beigebrachte Unterlagen werden durch das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern -Versorgungsamt-, (LAGuS M-V) nicht erstattet.

### **Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Angaben mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies für die Bearbeitung meines Antrages erforderlich ist.

### **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde die in diesem Antrag von mir benannten Ärzte, Psychotherapeuten/Psychologen, Krankenhäuser und Kliniken, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen sowie die weiteren auf den vorhergehenden Seiten benannten Stellen gegenüber dem LAGuS M-V bezüglich der im Antrag angegebenen Gesundheitsstörungen von ihrer Schweigepflicht.

Gleichzeitig willige ich gemäß § 100 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB X in die Übermittlung meiner personenbezogenen und meiner Gesundheitsdaten ein. Das bedeutet, dass die von mir benannten Personen und Stellen dem LAGuS M-V die für diesen Antrag erforderlichen Auskünfte erteilen und Befunde vorlegen dürfen.

### **Hinweis zu Verarbeitung Ihrer Daten**

Das LAGuS M-V verarbeitet Ihre personenbezogenen und Ihre Gesundheitsdaten im Rahmen der gesetzlichen Aufgabe ausschließlich zur Feststellung einer Schwer-/Behinderung gemäß § 152 SGB IX, in Verbindung mit § 118 Vierzehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XIV). Dies schließt ein, dass nur die für die Erfüllung der Aufgabe erforderlichen Daten verarbeitet und gespeichert werden.

Ihre personenbezogenen und Gesundheitsdaten werden, soweit dies zur Feststellung einer Schwer- /Behinderung erforderlich ist, nur an die von Ihnen auf den vorhergehenden Seiten benannten Stellen und darüber hinaus nicht an Dritte übermittelt. Weitere Informationen, insbesondere zur Einhaltung der EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten Sie auf der Webseite des LAGuS M-V im Bereich Soziales/Schwerbehindertenrecht.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller\*in / gesetzliche Vertreter / Bevollmächtigte

### **Hinweis zum Widerspruchsrecht (§ 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X)**

Die von Ärzten oder anderen in § 203 Abs. 1 und 3 Strafgesetzbuch genannten Personen oder Stellen dem LAGuS M-V zugänglich gemachten Gutachten dürfen an andere Sozialleistungsträger übermittelt werden, wenn Sie nicht widersprochen haben. Sofern Sie nicht widersprechen, kann das LAGuS M-V diese Gutachten auf Anfrage beispielsweise an Renten- oder Unfallversicherungsträger übermitteln, wenn dies im Rahmen einer Begutachtung für eine Sozialleistung oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung erforderlich wäre.

Einen Widerspruch gegen die Übermittlung von Gutachten können Sie jetzt oder zu einem späteren Zeitpunkt während der Geschäftszeiten bei dem für Sie zuständigen Versorgungsamt einlegen.

### **Hinweis auf Mitwirkungspflichten**

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflichten nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind (§ 66 Abs. 1 Satz 1 SGB I).

Als Anlage füge ich bei:


## Das Versorgungsamt

### Hinweise zum Ausfüllen des Antrags auf Feststellung einer Schwer-/Behinderung

Ihr Versorgungsamt möchte Ihnen mit diesen Hinweisen bereits beim Ausfüllen des Antrages behilflich sein. Beachten Sie jedoch bitte, dass diese Hinweise keine umfassende Beratung ersetzen können. Für weitere Informationen stehen Ihnen daher die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Ihres Versorgungsamtes gerne zur Verfügung. Dort erhalten Sie auch Informationsmaterial in Papierform. Besuchen Sie auch gerne die Webseite des Landesamtes für Gesundheit und Soziales unter [www.lagus.mv-regierung.de](http://www.lagus.mv-regierung.de) oder schreiben Sie eine Mail an Ihr Versorgungsamt. Die Kontaktdaten finden Sie auf dem Antragsvordruck.

#### Randnummer 1

Sie möchten erstmalig eine Behinderung geltend machen? Kreuzen Sie bitte „Erstfeststellungsantrag“ an.

Sie möchten eine bestehende Behinderung als verschlechtert oder verbessert angeben? Dann kreuzen Sie bitte „Änderungsantrag“ an.

Sie möchten neu hinzugekommene Leiden feststellen lassen? Kreuzen Sie bitte auch in diesem Fall „Änderungsantrag“ an.

#### Randnummer 2

Bis Ende 2025 ist die Angabe der Steuer-ID noch freiwillig. Ab dem 1. Januar 2026 ist die Steuer-ID anzugeben, da ab dann Ihre Angaben zum Grad der Behinderung nicht mehr per Bescheinigung, sondern ausschließlich digital vom Versorgungsamt an das Finanzamt übertragen werden. Auskünfte hierzu erteilen die Finanzämter.

#### Randnummer 5

Die Feststellung gilt von dem Datum an, an dem Ihr Antrag bei Ihrem Versorgungsamt eingegangen ist. Sie können aber auch ein früheres Datum angeben. Das Versorgungsamt prüft dann, ob bei Ihnen eine sogenannte „Rückwirkende Feststellung“ möglich ist.

#### Randnummer 6

Hier sind alle Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen anzugeben. Auch die Angabe von Folgeschäden (zum Beispiel Ausfallscheinungen an Beinen bei Wirbelsäulenschäden), Schmerzen und psychische Auswirkungen sind wichtig für Ihr Versorgungsamt.

#### Randnummer 7

Sofern sich bei Ihnen bestehende Behinderungen verbessert oder verschlimmert haben, sind diese hier einzutragen. Beachten Sie bitte, dass es sich in diesem Fall um einen Änderungsantrag handelt. Kreuzen Sie daher das entsprechende Feld unter Randnummer 1 an.

#### Randnummern 8, 9 und 10

Hier sind die konkreten und gut lesbaren Namen und Anschriften der behandelnden Ärzte, Krankenhäuser, medizinischer oder anderer Einrichtungen anzugeben, die Ihre unter der Randnummer 6 und 7 angegebenen Leiden in den letzten zwei Jahren behandelt haben. Viele Befunde von Fachärzten können direkt über Ihren Hausarzt abgerufen werden, sodass Ihr Facharzt nicht immer um Befunde gebeten werden muss.

### **Randnummern 11, 12 und 13**

Auch Angaben über abgeschlossene Pflegeversicherungen, Reha-Maßnahmen oder Leistungen von anderen Stellen sind für das Versorgungsamt wichtig.

### **Randnummer 14**

Angaben zu Leistungen anderer Behörden können dem Versorgungsamt helfen, da auch von dort ärztliche Unterlagen abgefordert werden können. Überflüssige erneute Befundanforderungen können so vermieden werden.

### **Randnummer 15 (Merkzeichen)**

Die Merkzeichen haben folgende Bedeutung:

- G Feststellung einer erheblichen Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit im Straßenverkehr.
- aG Feststellung einer außergewöhnlichen Gehbehinderung.
- H Feststellung von Hilflosigkeit.
- RF Feststellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für die Ermäßigung des Rundfunkbeitrages und des Telefonhauptanschlusses.
- B Feststellung der Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson in öffentlichen Verkehrsmitteln.
- BI Feststellung von Blindheit - Sehkraft beidseits maximal 2 Prozent
- HS Feststellung von hochgradiger Sehbehinderung - Sehkraft beidseits maximal 5 Prozent
- GI Feststellung von Gehörlosigkeit.
- TBI Feststellung von Taubblindheit - Störung der Hörfunktion mit gleichzeitiger Störung des Sehvermögens.

### **Randnummer 15 (Beantragung des Schwerbehindertenausweises)**

Das Versorgungsamt stellt Ihnen auf Wunsch einen Ausweis über die Eigenschaft als schwerbehinderter Mensch aus. Voraussetzung ist unter anderem, dass der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) wenigstens 50 beträgt.

### **Hinweis zur Schweigepflicht Ihrer Ärzte**

Bitte geben Sie alle Ärzte, Krankenhäuser und andere medizinischen und sonstigen Einrichtungen gut lesbar und mit voller Anschrift an. Nur so werden diese korrekt von Ihrer Schweigepflicht entbunden und dürfen dem Versorgungsamt Auskünfte erteilen. Vergessen Sie zum Abschluss nicht, den Antrag zu unterschreiben.