

**Amt für Versorgung
und Familienförderung München II
- Versorgungsamt/Außenstelle Regensburg**

20. 01. 98

AVF München II / Außenstelle · Landshuter Straße 55 · 93053 Regensburg

Herrn
ROLAND LANER
MOZARTSTR. 15

84489 BURGHAUSEN

Bitte bei allen Zuschriften
unser Aktenzeichen angeben
14/43/1 393 635/2

Tel.-Nr.
0941/7809-00
0941/7809-458
Herr Eisenmann

Zimmer-Nr.
330

Regensburg,
16.01.98

Sehr geehrter Herr Laner,

auf Ihren Antrag vom 05.11.97, eingegangen am 07.11.97, erlassen wir nach § 4 des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) folgenden

B E S C H E I D

Als **Behinderung** stellen wir fest:

Seelische Krankheit.

Das Ausmaß dieser festgestellten Behinderung ergibt sich aus dem Grad der Behinderung - **GdB** -.

Der GdB beträgt:

30

Der GdB ist nach der versorgungsärztlichen Auswertung aller dokumentierten Befunde Ihrer Gesundheitsstörungen eingeschätzt. Dabei sind die Maßstäbe zugrunde gelegt, die der Ärztliche Sachverständigenbeirat beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in den "Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz" im Interesse einer bundesweiten Gleichbehandlung der Behinderten erarbeitet hat und laufend aktualisiert.

Ausweis

Einen Ausweis nach § 4 Absatz 5 SchwbG mit evtl. Merkzeichen können wir Ihnen nicht ausstellen, weil der GdB unter 50 liegt.

Dienstgebäude:
Landshuter Straße 55
93053 Regensburg

Telefon - und Parteiverkehrszeit:
Montag bis Freitag
von 8.00 bis 12.00 Uhr

Verkehrsverbindungen:
Buslinie 2,
Haltestelle: Safferlingerstraße

x 35.3 # 7188, Versorg. 198

An das
 Amt für Versorgung und
 Familienförderung
 – Versorgungsamt –

Aktenzeichen
 74/43/1393635/2
 – bitte bei allen Zuschriften angeben –

Eingangsstempel des AVF

Amt für Versorgung
 und Familienförderung München II
 Versorgungsamt / Außenstelle Regensburg
 Landshuter Str. 55 - 93053 Regensburg

Zutreffendes ankreuzen oder ausfüllen

Hinweis zum Datenschutz nach § 67a Abs. 3 des Sozialgesetzbuches – 10. Buch – (SGB X):

Ihre Angaben sind nach den §§ 1, 4 und 53 des Schwerbehindertengesetzes (SchwbG) für die Entscheidung in Ihrer Angelegenheit erforderlich. Zur Beantwortung der Fragen sind Sie nach § 60 des Sozialgesetzbuches – 1. Buch – (SGB I) verpflichtet. Kommen Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nach, so können wir die Feststellung nach dem SchwbG ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit deren Voraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Alle unsere Mitarbeiter sind zur Wahrung des Sozialgeheimnisses verpflichtet.

Antrag

auf Erhöhung des Grades der Behinderung (GdB).

auf Eintragung des/der Merkzeichen(s) _____ in den Ausweis.

auf Feststellung einer weiteren – weiterer – Behinderung(en) und des Grades der Behinderung (GdB).

Der Feststellungsantrag soll sich dabei nur auf die unter Ziffer 3 Buchst.: _____ aufgeführten Behinderungen erstrecken (Beschränkung).

Nachprüfung von Amts wegen. Wir müssen nachprüfen, ob in den Verhältnissen, die für die Feststellung im Bescheid vom **16.01.98** maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Änderung eingetreten ist.

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen für die Zeit ab unserer letzten Feststellung sorgfältig und vollständig – möglichst in Maschinen- oder Blockschrift – und senden Sie die ggf. anliegende(n) Einverständniserklärung(en) ausgefüllt und unterschrieben zurück. Anlage(n): _____ Einverständniserklärung(en).

! Fügen Sie bitte diesem Antrag alle in Ihren Händen befindlichen Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand (z. B. Befundberichte, ärztliche Gutachten, Kurschlußgutachten, EKG-, Labor- und Röntgenbefunde) bei !
! Sie können dadurch zu einer beschleunigten Bearbeitung und Entscheidung beitragen. !

► Soweit in einzelnen Abschnitten der Platz für die Eintragungen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. ◀

1	Zu- und Vorname – ggf. Geburtsname Laner Roland	Geburtsdatum 08.07.70	tagsüber telefonisch erreichbar unter 08677 1 911501
	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Ort Robert-Koch-Str. 4 / 84489 Burghausen	Kreis Altötting	Gemeinde (nur bei Abweichung vom Wohnort) Stadt Burghausen

2	Welche der festgestellten Behinderungen haben sich verschlimmert ? Arbeitsamt: ich stehe dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung Seelische Krankheit	Wie äußert sich die Verschlimmerung? Ich lebe von Sozialhilfe, Aufenthalt im Bezirksklinikb. Gedernse 3 Wo. Grundgefühl im Leben = Angst / Informationsüberflutung
---	---	--

3	Welche körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen sind seit der letzten Feststellung neu aufgetreten?	Ursachenschlüsselzahl	Bitte zu jeder Behinderung die jeweils zutreffende Schlüsselzahl eintragen:
a)	Seelische Krankheit = Angst & Informationsüberflutung	7	1 = angeborene Behinderung
b)	_____	<input type="checkbox"/>	2 = Arbeitsunfall (einschl. Wege- und Betriebsunfall) Berufskrankheit
c)	_____	<input type="checkbox"/>	4 = Verkehrsunfall soweit nicht Arbeitsunfall (2)
d)	_____	<input type="checkbox"/>	5 = häuslicher Unfall soweit nicht Arbeitsunfall (2)
		<input type="checkbox"/>	6 = sonstiger Unfall
		<input type="checkbox"/>	7 = Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung
		<input type="checkbox"/>	9 = sonstige Krankheit (einschl. Impfschaden, ohne Berufskrankheit)
		<input type="checkbox"/>	10 = sonstige Ursache

4 Hat seit der letzten Feststellung eine Verwaltungsbehörde, ein Sozialversicherungsträger oder ein Gericht eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den GdB bzw. die MdE getroffen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Nein Ja, für folgende Behinderungen:

Art der Behinderung	Festgestellte Höhe des GdB/der MdE	Verwaltungsbehörde, Sozialversicherungsträger oder Gericht	Geschäftszeichen und Datum des Vorgangs oder der Entscheidung, ggf. Unfalltag
Seelische Krankheit	30 GdB	AVF München II Außenst.	16.01.98

► Bitte Feststellungsbescheide oder -unterlagen beifügen. ◀

5 Falls Sie blind oder fast blind sind: Wünschen Sie, daß wir ein Verfahren nach dem Bayer. Blindenengesetz einleiten? Ja Nein

6 Ärztliche Behandlung wegen der Behinderung seit unserer letzten Feststellung

von - bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes	wegen welcher Behinderungen
16.01.98 - 17.08.99	Dr. med. Hausner, Robert-Koch-Str. 27, Burghausen	seelischer Kr.-Krit Ergotherapie

7 Welcher der behandelnden Ärzte ist Ihr Hausarzt?

Dr. med. Stephan Gemen, Mahtler Str. 33A, 84489 Burghausen

8 Krankenhausbehandlung wegen der Behinderung seit unserer letzten Feststellung

von - bis Genaueres Datum des Aufnahme- und Entlassungstages	Name und Anschrift des Krankenhauses Abteilung/Station oder Chef-/Stationsarzt	wegen welcher Behinderungen
13.11.98 - 04.12.98	BKH Gabersee, Gabersee 7, Wasserhülm, Dr. Große	Psychose (?)
16.06.99 - 27.07.99	SHG-ATZ IRPK, Sonnenberg, Saarbrücken, Conrad	Arbeitsunfähigkeit

9 Kurbehandlung wegen der Behinderung seit unserer letzten Feststellung

von - bis	Name und Anschrift der Kurklinik	Name und Anschrift des Kostenträgers, Aktzeichen	wegen welcher Behinderungen

10 Bei welchen bisher noch nicht angegebenen Stellen (z.B. Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtung, Pflegeheim) befinden sich weitere die Behinderung betreffende Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.?

Name und Anschrift der Stelle	Geschäftszeichen
Diakonisches Werk, Ramstetter, Neuöttinger Str. 62A, 84503 Althötting	-
Tageszentrum Burgh., Huber, In den Gärten 138-144, 84489 Burghausen	-

► Bitte senden Sie auch eventuell in Ihren Händen befindliche Unterlagen ein. ◀

11 Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen

von - bis	Name und Anschrift der Krankenkasse oder Krankenversicherung - Mitgliedsnummer
17.05.94 - heute	Techniker Krankenkasse, Stadtplatz 79, 84453 Mühldorf 0801701295

12 Bei besonderer Gehbehinderung: Benutzen Sie beim Verlassen des Hauses einen Rollstuhl? Ja Nein

(Die Beantwortung dieser Frage ist Ihnen freigestellt. Sie wird jedoch erbeten, da die Auswertungsergebnisse insbesondere der Unterstützung der kommunalen Behindertenerarbeit dienen und damit letztlich auch Ihnen selbst zugute kommen können. Wir geben diese Angaben nur ohne Ihren Namen und Ihre Anschrift weiter.)

Ich versichere, daß ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, daß wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere die Veränderung der Behinderung, des Arbeitsverhältnisses und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich bin damit einverstanden, daß das Versorgungsamt in diesem Verwaltungsverfahren und einem evtl. anschließenden Widerspruchsverfahren die für die Feststellung nach dem Schwerbehindertengesetz erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Krankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen und Sozialleistungsträgern und ihren Ärztlichen Diensten (z.B. Arbeitsamt, Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherung, Sozial- und Jugendhilfe) sowie Pensionsbehörden und Gesundheitsämtern geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht. Ich bin auch einverstanden, daß von Ärzten, die mich behandeln oder behandelt haben, erforderliche Auskünfte eingeholt und Aufzeichnungen über Befunde und Behandlungsmaßnahmen beigezogen werden, auch soweit diese von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind.

Ich entbinde Ärzte und sonstige schweigepflichtige Personen, deren Beteiligung sich aus meinen obigen Angaben ergibt, von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen bei der Feststellung nach dem SchwBG zu.

Ich nehme zur Kenntnis, daß die Daten, die für Aufgaben des Versorgungsamtes im Zusammenhang mit der Begutachtung nach dem SchwBG bekannt geworden sind, auch an andere Gutachter oder Sozialleistungsträger (z.B. Pflegekasse, Arbeitsamt, Unfallversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X) und ich dem widersprechen kann.

Soweit sich bei der Nachprüfung von Amts wegen eine wesentliche Verschlechterung meiner festgestellten Behinderung ergibt, bitte ich, dieses Schreiben als Antrag anzusehen.

An Unterlagen sind beifügt:

Datum: 17.08.99 Unterschrift:

Roland Zinner

SHG: Teilnahmeberechtigung vom
ATZ IRPK Sonnenberg

bei Vertretung: als gesetzl. Vertreter als bevollm. Vertreter oder Betreuer Vollmacht bzw. Betreuerausweis bitte beifügen