

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

**Bitte sorgfältig und möglichst in Blockschrift
ausfüllen und Antrag (Seite 4) bitte unter-
schreiben !**

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
Neustrelitzer Straße 120
17033 Neubrandenburg
Tel. 0385 / 588-59970
behinderung.nb@lagus.mv-regierung.de

Mecklenburgische
Seenplatte,
Altkreise Demmin und
Uecker-Randow

☐ Dezernat Rostock
Blücherstraße 1
18055 Rostock
Tel. 0385 / 588-59950
behinderung.rostock@lagus.mv-regierung.de

Stadt Rostock
Landkreis Rostock

☐ Dezernat Schwerin
Friedrich-Engels-Str. 47
19061 Schwerin
Tel. 0385 / 588-59960
behinderung.schwerin@lagus.mv-regierung.de

Stadt Schwerin,
Ludwigslust-Parchim,
Nordwestmecklenburg

☐ Dezernat Stralsund
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

Sind Sie zur Zeit erwerbstätig ?

ja ☐ nein ☐

Postleitzahl, Wohnort, Ortsteil

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Telefon

Steuer-ID

Ich stimme der Übertragung meiner Steuerdaten an die Finanzverwaltung
durch das Versorgungsamt zu

ja ☐ nein ☐

Die Angabe der Steuer-ID ist freiwillig. Beachten Sie aber, dass der steuerliche Behinderten-Pauschbetrag nur
geltend gemacht werden kann, wenn Sie dem Versorgungsamt Ihre Steuer-ID mitteilen und wenn Sie einer digitalen
Übertragung zustimmen. Diese Zustimmung kann jederzeit formlos widerrufen werden.

③

Nur für Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit:

- Ausländer und Staatenlose: Bitte Nachweis über Aufenthalts-
recht (z.B. Bescheinigung oder Kopie vom Aufenthaltstitel)
beifügen
- EU/EWR-Bürger und deren Familienangehörige: Wohnsitz-
nachweis durch Vorlage von Personalausweis oder Reisepass.

Die Antragstellerin/der Antragsteller hält sich recht-
mäßig 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 Betreuungsurkunde in Kopie beifügen.

Name, Vorname

männl. weibl. divers

☐ ☐ ☐

Straße, Hausnummer

Telefon

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 **erstmalig** als Behinderung geltend gemacht ?
Welche Gesundheitsstörung ist seit der letzten Feststellung hinzugetreten ?

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

	Ursachenschlüssel
a)	☐
b)	☐
c)	☐
d)	☐
e)	☐

Bitte zu jeder Gesundheitsstörung den jeweils zutreffenden Ursachenschlüssel eintragen

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

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

f)	☐
g)	☐
h)	☐

! 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:

⑨ **Fachärztliche Behandlungen**

Zeitraum / letzte Behandlung	Name und Anschrift / Fachgebiet	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) ☐

⑩ **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)

Ja ☐

Nein ☐

Wenn ja, bitte Kopie des Pflegegutachtens einreichen.

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 Gewaltopfer)	☐ 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) oder	☐ "TBl" (wegen Taubblindheit)

Schwerbehindertenausweis

Ich beantrage

☐ die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.
☐ <u>nur</u> 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 der Antragsteller, der gesetzlichen Vertreter und/oder der Bevollmächtigten

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 Schwerbehinderung

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 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

Achtung! Seit dem 1. Januar 2026 werden Ihre Angaben zum Grad der Behinderung nicht mehr per Bescheinigung, sondern ausschließlich digital vom Versorgungsamt an das Finanzamt übertragen. Daher ist es ab sofort erforderlich, dass Sie Ihre Steuer-ID im Antrag angeben und einer Übertragung zustimmen. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Eine Nichtangabe der Steuer-ID bzw. eine fehlende Zustimmung zur Übertragung führen dazu, dass Sie zukünftig keine steuerlichen Vergünstigungen geltend machen können. Weitere Informationen 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 Ausfallerscheinungen 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 Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, medizinischen und anderen 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
Bl	Feststellung von Blindheit - Sehkraft beidseits maximal 2 Prozent
HS	Feststellung von hochgradiger Sehbehinderung - Sehkraft beidseits maximal 5 Prozent
Gl	Feststellung von Gehörlosigkeit
TBl	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 Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und andere medizinische und sonstige 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.

Ihr Versorgungsamt