

# Änderungsantrag

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen.

## Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein

Außenstelle Heide  
Neue Anlage 9 • 25746 Heide  
Tel. 0481 / 696 0

Außenstelle Kiel  
Gartenstr. 7 • 24103 Kiel  
Tel. 0431 / 9827 0

Außenstelle Lübeck  
Große Burgstr. 4 • 23552 Lübeck  
Tel. 0451 / 1406 0

Außenstelle Schleswig  
Seminarweg • 24837 Schleswig  
Tel. 04621 / 806 0

### Antragstellerin / Antragsteller

Nachname, Vorname (ggf. Geburtsname)	Geburtsdatum
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)	
Geschäftszeichen des Landesamtes	

### Antragsgründe

**1** Wird eine Verschlimmerung der anerkannten Schädigungsfolgen geltend gemacht?

nein  ja, und zwar insofern, als .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2** Wird die Anerkennung weiterer Gesundheitsstörungen als Schädigungsfolgen geltend gemacht?

nein  ja, und zwar hinsichtlich folgender Gesundheitsstörung(en).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Behandlung in den letzten fünf Jahren

3	<b>Stationäre</b> Krankenhausbehandlung	von - bis	Name, Anschrift, Abt. des Krankenhauses	wegen welcher Gesundheitsstörungen?
4	<b>Ambulante</b> Krankenhausbehandlung	von - bis	Name, Anschrift, Abt. des Krankenhauses	wegen welcher Gesundheitsstörungen?
5	<b>Kurmaßnahmen</b>	von - bis	Name, Anschrift der Kuranstalt	Name, Anschrift, Aktenzeichen des Kostenträgers
6	<b>Sonstige Behandlungen</b>	von - bis	Name, Anschrift des betr. Arztes	wegen welcher Gesundheitsstörungen?
7	<b>Hausarzt</b>			
Anschrift				
8	<b>Krankenkasse oder Krankenversicherung</b>			Geschäftszeichen
Anschrift				

## Sonstiges

9	Sind Sie erwerbstätig?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, als .....				

## Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz

**10** Im Rahmen der Bearbeitung Ihres Antrages ist das Landesamt für soziale Dienste (LAsD) auch auf Ihre Mitwirkung angewiesen, um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten. Der Gesetzgeber hat deshalb in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) Bestimmungen über die **Mitwirkungspflicht** des Leistungsberechtigten festgelegt.

Danach hat derjenige, der Sozialleistungen beantragt oder erhält, u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers (hier: LAsD) der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Sofern Sie Ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen, kann der Leistungsträger die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen. Erforderlich ist dazu ferner, daß die Aufklärung des Sachverhaltes aufgrund der unterbliebenen Mitwirkung erheblich erschwert wird und die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Eine **Übermittlung von Sozialdaten** ist in dem vom Zehnten Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) abgesteckten Rahmen zulässig. So können die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekanntgewordenen Daten im erforderlichen Umfang an andere Stellen - z.B. an andere Sozialleistungsträger oder an externe ärztliche Gutachter - übermittelt werden (§ 69 Abs. 1 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X). Sollten Sie mit einer solchen Weitergabe nicht einverstanden sein, können Sie der Übermittlung von Sozialdaten vorab widersprechen. Bitte bedenken Sie dabei, daß ein Widerspruch ggf. auch zur Versagung oder Entziehung von Leistungen beim anderen Sozialleistungsträger führen kann.

Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage im erforderlichen Umfang gespeichert. Die Rechtsgrundlagen zur **Datenerhebung und -speicherung** finden sich in den §§ 67a und 67c SGB X.

## Erklärung

**11** Ich erkläre, daß die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Ich habe bei keiner anderen Stelle einen Antrag auf Versorgung gestellt.

Mir ist bekannt, daß wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.

## Entbindung von der Schweigepflicht

**12** Im Rahmen der weiteren Sachaufklärung wird voraussichtlich die Einholung medizinischer Auskünfte erforderlich. Dazu benötigt das Landesamt Ihr Einverständnis. Sie werden deshalb gebeten, die beiliegenden Erklärungen ausgefüllt und unterschrieben diesem Antragsvordruck beizufügen.

## Unterschrift

<b>13</b> Ort, Datum	Unterschrift
----------------------	--------------

## Anlagen

<input checked="" type="checkbox"/> Erklärungsvordruck
<input type="checkbox"/>

Bitte alle drei Erklärungen ausfüllen und unterschreiben. Dadurch wird das Herstellen von Kopien erspart. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

## Erklärung

Nachname, Vorname
Straße, Haus-Nr.
Postleitzahl, Ort

Für amtliche Vermerke
Geschäftszeichen

### Antrag auf Erhöhung der sozialen Entschädigung vom Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß vom Landesamt in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, daß auch Auskünfte aus den Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## Erklärung

Nachname, Vorname
Straße, Haus-Nr.
Postleitzahl, Ort

Für amtliche Vermerke
Geschäftszeichen

### Antrag auf Erhöhung der sozialen Entschädigung vom Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß vom Landesamt in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, daß auch Auskünfte aus den Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

## Erklärung

Nachname, Vorname
Straße, Haus-Nr.
Postleitzahl, Ort

Für amtliche Vermerke
Geschäftszeichen

### Antrag auf Erhöhung der sozialen Entschädigung vom Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, daß vom Landesamt in diesem Verwaltungsverfahren Auskünfte aus ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die für die Entscheidung erforderlich sind, von den Stellen und Ärzten eingeholt werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den im Zusammenhang mit dem Antrag eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt umgehend mitteilen. Sofern ich bei meiner Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes erkläre, bin ich damit einverstanden, daß auch Auskünfte aus den Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen angefordert werden können.

Insoweit entbinde ich die vom Landesamt ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten und Behörden von ihrer Schweigepflicht.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses

--

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------