

# Überprüfung der Schwerbehinderung Fragebogen zur Nachprüfung

[www.SBV-Graskamp.de](http://www.SBV-Graskamp.de)

Stand: 09.09.2012

Nach einer befristet anerkannten Schwerbehinderung, insbesondere ca. ein viertel Jahr vor Ablauf der Heilungsbewährung, bekommt der betroffene schwerbehinderte Mensch ein Schreiben der Versorgungsverwaltung/Feststellungsbehörde (i.d. Regel von der Kreisverwaltung).

Das Anschreiben ist immer ähnlich dem unten aufgeführten Schreiben.  
In dem Schreiben wird der schwerbehinderte Mensch aufgefordert, den

**Fragebogen zur Nachprüfung**  
ausgefüllt zurückzusenden.

Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_  
(Bitte bei Schriftwechsel angeben)

## **Ihre Schwerbehindertenrechtsangelegenheit**

Sehr geehrte Frau \_\_\_\_\_,

zur Prüfung, ob im Hinblick auf die bei Ihnen nach dem Schwerbehindertenrecht als Behinderung festgestellte(n) Beeinträchtigung(en) Anpassungsstörung, Angstattacken, depressive Störung, rasche Ermüdbarkeit eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen eingetreten ist, benötige ich von Ihnen Informationen und Unterlagen. Daher bitte ich Sie, den beigefügten Fragebogen auszufüllen und unterschrieben an mich zurück zu senden.

Die Datenerhebung im Zusammenhang mit der Nachprüfung erfolgt nach § 67 a Absatz 2 Satz 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Soweit Sie vom Angebot der Datenbeschaffung durch die zuständige Stelle Gebrauch machen, ist Rechtsgrundlage hierfür Ihre Einwilligung am Ende des Fragebogens. Die weitere Datenverarbeitung erfolgt gemäß § 67 Absatz 1 SGB X.

Ihre Verpflichtung zur Mitwirkung in diesem Verfahren ergibt sich aus § 60 Absatz 1 (Obliegenheit) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Sofern Sie dieser Obliegenheit nicht nachkommen, kann die in Ihrem Fall getroffene Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht ganz oder teilweise aufgehoben werden, soweit die Voraussetzungen nicht mehr nachgewiesen sind.

Für Ihre Mitwirkung bedanke ich mich im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Anlage:

- Fragebogen zur Nachprüfung



3.	Haben Sie seitdem Rehabilitationsverfahren/Kuren durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja: <input type="checkbox"/>		
Name, Anschrift der Klinik	von - bis	wegen folgender Beeinträchtigung/en
Name und Anschrift des Kostenträgers (z.B. Deutsche Rentenversicherung Bund) und Geschäftszeichen des Kostenträgers		
4.	Befinden sich weitere Unterlagen, insbesondere ärztliche Gutachten, Betreuungsgutachten, Untersuchungsbefunde bei bisher noch nicht angegebenen Stellen (z. B. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berufsgenossenschaft, Gesundheitsamt, Behinderteneinrichtungen, Agentur für Arbeit, Gericht, Medizinischer Dienst der Krankenkasse)?	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ja und zwar aus: _____ (Monat / Jahr):		
Name, Anschrift des Leistungsträgers/ Gerichts (Landschaftsverband/Pflegekasse/Krankenkasse/Gericht/Sonstige Stelle)		Geschäfts- /Aktenzeichen /Versicherungsnummer

5. Folgende Unterlagen füge ich bei:

--

**6. Erklärungen:**

6.1.	Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe	
6.2	<b>Schweigepflichtsentbindung:</b>	
	Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beifügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die zuständige Stelle in diesem Verwaltungsverfahren und in einem eventuell sich anschließenden Vorverfahren von den vorgenannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalten / Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden, Gerichten sowie den sonstigen von mir benannten Stellen (s. Ziffer 4 des Vordruckes) Auskünfte einholt und Unterlagen bezieht in dem Umfang, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. Mein Einverständnis gilt auch für Unterlagen, die diese Ärztinnen/Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärztinnen/Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die beteiligten Ärztinnen/Ärzte entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Datum:.....	Unterschrift:..... der/des Betroffenen und/oder des <u>gesetzlichen</u> Vertreters oder Betreuers
Falls ich diese Einverständniserklärung widerrufen oder einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben		

6.3 Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Stelle mit diesem Verfahren nach dem SGB IX zugänglich gemacht worden sind, auch beauftragten Gutachterinnen/Gutachtern zur medizinischen Beurteilung, anderen Sozialleistungsträgern für deren gesetzliche Aufgaben sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit übermittelt werden dürfen (§69 Abs. 1 Nr 1 und 2 i.V. mit §76 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch -SGB X-). Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

Ort/Datum:.....

Unterschrift:.....  
der/des Betroffenen und/oder des gesetzlichen Vertreters oder  
Betreuers

### Erläuterungen zum Ausfüllen des Vordrucks

zu 6.  
6.2

**Bitte lesen Sie die Erklärungen sorgfältig durch und vergessen Sie bitte nicht das Ankreuzen und Ihre Unterschriften!**  
Die Schweigepflichtsentbindung ist ein höchstpersönliches Recht und daher **ausschließlich** von der/ dem Betroffenen, dem gesetzlichen Vertreter oder Betreuer, **nicht aber von der/dem Bevollmächtigten** zu unterschreiben.