

-Landessozialamt-
SR
Domhof 1
31134 Hildesheim

Antrag auf Feststellung einer Behinderung und Zuerkennung von Merkzeichen

Vorgangsnummer NAVO-1114143

Versuchter Versand am 16.08.2026 um 13:09

Schriftform

Level Unterschrift per angehängtem Dokument

Identifikation Unterschrift per
angehängtem Dokument

Anmeldung

Level eID

Anmeldedaten

Nachname:	KRÜGER-HEINTZEN
Vorname:	STEFANIE
E-Mail-Adresse:	stefanie.heintzen@gmail.com
principalType:	Citizen
Geburtsdatum:	18.04.1979
Straße:	GNEISENAUSTR. 14 A
Postleitzahl:	31275
Ort:	LEHRTE
Land:	Deutschland

1 Antragstellende Person****Wer stellt den Antrag?*****Betroffene Person****1.1 Stellvertreter/in**

Sie haben ausgewählt, dass Sie den Antrag nicht für sich selbst, sondern für eine andere Person stellen. Bitte tragen Sie ****im Folgenden**** Ihre Daten (Nachname, Vorname, Ihre Anschrift) ein und laden Sie die entsprechende Vollmacht (Betreuerausweis, Bestellungsurkunde o.ä.) hoch. Anschließend können Sie die Daten für die betroffene Person hinterlegen.

Sie haben ausgewählt, dass Sie den Antrag nicht für sich selbst, sondern für eine andere Person stellen. Bitte tragen Sie ****im Folgenden**** Ihre Daten (Nachname, Vorname, Ihre Anschrift) ein und laden Sie die entsprechende Vollmacht hoch. Anschließend können Sie die Daten für die betroffene Person hinterlegen.

Sie haben ausgewählt, dass Sie den Antrag nicht für sich selbst, sondern für eine andere Person stellen. Bitte tragen Sie ****im Folgenden**** Ihre Daten (Nachname, Vorname, Ihre Anschrift) ein und laden Sie den Nachweis und die Vollmacht (Bei Eltern minderjähriger Kinder nicht erforderlich) der gesetzlichen Vertretung hoch. Anschließend können Sie die Daten für die betroffene Person hinterlegen.

Name der Institution

Ihr Aktenzeichen/Geschäftszeichen

Familiename

Namenszusatz

Akademischer Grad

Vornamen

Geschlecht

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Adresszusatz

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Vollmacht

Bestellungsurkunde/Betreuerausweis/ Vorsorgevollmacht

Hinweis: Als bevollmächtigte Person müssen Sie eine von der betroffenen Person unterschriebene Schweigepflichtentbindung als Nachweis hochladen.

Nachweis der gesetzlichen Vertretung

☐ Als Elternteil eines minderjährigen, betroffenen Kindes, ist kein Nachweis erforderlich.

2 Informationen zur betroffenen Person

****Hinweis für betreuende Personen, bevollmächtigte Personen und gesetzliche Vertretungen: Bitte beachten Sie, dass sich diese und alle folgenden Angaben auf die Person beziehen, für die Sie den Antrag stellen.****

****Bitte geben Sie die erforderlichen Informationen zu Ihrer Person an. Machen Sie anschließend bitte auch Angaben dazu, ob Ihr Arbeitsplatz durch die Behinderung akut gefährdet ist.****

Familiename

KRÜGER-HEINTZEN

Namenszusatz

Akademischer Grad

Vornamen

STEFANIE

Geburtsname

HEINTZEN

Geburtsdatum

18.04.1979

Geschlecht

weiblich

Staatsangehörigkeit

deutsch**2.1 Anlagen für ausländische Antragsteller (SGB IX)**

Sind Sie Staatsangehörige/Staatsangehöriger eines Nicht-EU-Landes, dann fügen Sie bitte einen rechtmäßigen Aufenthaltstitel bei.

amtliche Bescheinigung zum rechtmäßigen Aufenthaltstitel

Straße

GNEISENAUSTR.

Hausnummer

14A

Land

Deutschland

Bundesland

Niedersachsen

Postleitzahl

31275

Postleitzahl Ausland

Ort

LEHRTE

Ortsteil

Ort Ausland

Adresszusatz

Telefonnummer

+49 17680462304

Telefaxnummer

E-Mail-Adresse

stefanie.heintzen@gmail.com

Die Gewährung des Behindertenpauschbetrages setzt zwingend voraus, dass die hierfür erforderlichen Daten durch die für die Feststellung einer Behinderung zuständigen Stelle an die für die Besteuerung der Antragstellerin/des Antragstellers zuständige Finanzbehörde übermittelt werden. Hierzu ist die Angabe der Steuer-Identifikationsnummer notwendig. Durch die Eintragung der Steuer-ID beantragen Sie gleichzeitig die Übermittlung Ihrer Daten für die Besteuerung an die Finanzbehörde und willigen in diese ein. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, die Einwilligung zu widerrufen. Eine automatische Übermittlung der Daten an die Finanzämter erfolgt nach einem Widerruf dann nicht mehr. Auskünfte hierzu erteilen die Finanzämter.

Steueridentifikationsnummer

95781345065

Sind Sie erwerbstätig?

Ja

Ist Ihr Arbeitsplatz durch die Behinderung akut gefährdet?

Ja**3 Grenzarbeitnehmerin / Grenzarbeitnehmer******Gehen Sie einer Beschäftigung in Niedersachsen nach?*****3.1 Angaben der Arbeitsstätte in Niedersachsen**

Bitte geben Sie hier die Arbeitsstätte in Niedersachsen an

Arbeitsbescheinigung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers

Nachweis über Ihren Wohnsitz

4 Vorherige Feststellung einer Behinderung**4.1 Angaben zur bisherigen Antragstellung auf Feststellung eines Grades der Behinderung******Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung einer Behinderung gestellt?*****Nein**

Bitte geben Sie das Aktenzeichen/Geschäftszeichen des vorherigen Antrags auf Feststellung einer Behinderung an.

4.1.1 Angaben zur Behörde****Bitte machen Sie Angaben zu der Behörde, bei welcher der Antrag auf Feststellung einer Behinderung gestellt wurde.****

Name der Behörde

Straße

Hausnummer

Postleitzahl
Ort
Nachweis zu vorherigen Feststellungen einer Behinderung

5 Art der Feststellung

****Wird der Antrag auf Erstfeststellung oder auf Neufeststellung gestellt?***

Erstfeststellung (Erstantrag)

5.1 Angaben zur Neufeststellung

Warum wird der Antrag auf Neufeststellung gestellt?

5.2 Angaben zu Änderungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Haben sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seit der letzten Feststellung verschlimmert?

Sind seit der letzten Feststellung weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen eingetreten?

Leider haben Sie keine gültige Angabe zum Neufeststellungsantrag vorgenommen, da Sie beide Fragen mit "Nein" beantwortet haben. Bitte wenden Sie sich an Ihren Ansprechpartner in der Behörde.

6 Beantragung von Merkzeichen

****Bitte wählen Sie alle Merkzeichen aus, die beantragt werden.****

Erläuterung: Neben dem Grad der Behinderung können weitere gesundheitliche Merkmale vorliegen, durch die weitere Unterstützungen (sogenannte Nachteilsausgleiche) gewährt werden können. Diese werden als Merkzeichen in den Ausweis eingetragen.

Durch Auswahl eines Merkzeichens erhalten Sie eine detaillierte Beschreibung zu dem jeweiligen Merkzeichen.

6.1 Merkzeichenauswahl

☐ Merkzeichen G - erhebliche Gehbehinderung

Eine erhebliche Gehbehinderung liegt vor, wenn eine Person große Schwierigkeiten hat, sich im Straßenverkehr zu bewegen oder zu orientieren. Dies ist der Fall, wenn die Person kurze Wegstrecken, die üblicherweise noch zu Fuß zurückgelegt werden können, nur mit großen Schwierigkeiten oder mit Gefahren für sich oder andere zurücklegen kann.

[Weitere Informationen zum Merkzeichen G (PDF)]({verfahrenFileUrl}/MerkzeichenG.pdf)

☐ Merkzeichen aG - außergewöhnliche Gehbehinderung

Eine außergewöhnliche Gehbehinderung liegt vor, wenn die schwerbehinderte Person dauernd fremde Hilfe benötigt oder große Anstrengungen aufbringen muss, um sich außerhalb ihres Kraftfahrzeuges zu bewegen und deshalb eine erhebliche mobilitätsbezogene Teilhabebeeinträchtigung mit einem GdB von mindestens 80 vorliegt.

[Weitere Informationen zum Merkzeichen aG (PDF)]({verfahrenFileUrl}/MerkzeichenaG.pdf)

☐ Merkzeichen H - Hilflosigkeit

Hilflos sind Personen, die infolge ihrer Erkrankung für verschiedene häufig und regelmäßig vorkommende Tätigkeiten dauernd fremde Hilfe in erheblichem Umfang für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten benötigen. Gemeint sind Tätigkeiten wie z.B. Nahrungsaufnahme, Körperpflege, An- und Ausziehen, Toilettengänge. Hilflos sind auch Menschen mit einer seelischen und geistigen Behinderung, die zwar in der Lage sind, die Tätigkeiten selbst vorzunehmen, aber dies aufgrund von Antriebslosigkeit nicht ohne Anleitung tun können.

[Weitere Informationen zum Merkzeichen H (PDF)]({verfahrenFileUrl}/MerkzeichenH.pdf)

☐ Merkzeichen RF - Ermäßigung des Rundfunkbeitrags

Durch die Erteilung des Merkzeichens RF besteht ein Anspruch auf Ermäßigung des Rundfunkbeitrags auf ein Drittel der regulären Gebühren und unter bestimmten Voraussetzungen ein Anspruch auf Ermäßigung der Telefongebühren.

[Weitere Informationen zum Merkzeichen RF (PDF)]({verfahrenFileUrl}/MerkzeichenRF.pdf)

☐ Merkzeichen B - Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson

Wenn eine schwerbehinderte Person, bei der die Voraussetzungen für die Merkzeichen G, Gl oder H vorliegen, bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig auf fremde Hilfe angewiesen ist (z.B. beim Ein- und Aussteigen oder während der Fahrt), kann sie eine Begleitperson zur Unterstützung mitnehmen.

[Weitere Informationen zum Merkzeichen B (PDF)]({verfahrenFileUrl}/MerkzeichenB.pdf)

☐ Merkzeichen Gl - Gehörlosigkeit

Dieses Merkzeichen erhalten beiderseitig taube Personen und solche, bei denen eine Schwerhörigkeit vorliegt, die an Taubheit grenzt und mit einer schweren Sprachstörung (schwer verständliche Sprache, geringer Sprachschatz) verbunden ist. Dies sind vor allem Personen, bei denen die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit angeboren oder in der Kindheit erworben worden ist.

[Weitere Informationen zum Merkzeichen GI (PDF)]({verfahrenFileUrl}/MerkzeichenGI.pdf)

☐ Merkzeichen TBI - Taubblindheit

Taubblindheit liegt vor, wenn eine Person wegen einer Störung der Hörfunktion einen Einzel-GdB von mindestens 70 und wegen einer Störung des Sehvermögens einen Einzel-GdB von 100 hat.

[Weitere Informationen zum Merkzeichen TBI (PDF)]({verfahrenFileUrl}/MerkzeichenTBI.pdf)

☐ Merkzeichen BI - Blindheit

Dieses Merkzeichen erhalten ****vollständig erblindete Personen**** und solche, bei denen die Gesamtsehschärfe beider Augen nicht mehr als 1/50 beträgt. Auch Personen mit vergleichbaren Sehstörungen, wie einer Einengung des Gesichtsfeldes, können einen Anspruch auf dieses Merkzeichen haben.

[Weitere Informationen zum Merkzeichen BI (PDF)]({verfahrenFileUrl}/MerkzeichenBI.pdf)

- Sie beantragen die Zuerkennung des Merkzeichens "BI". Bitte denken Sie daran, den Facharzt für Augenheilkunde bei der Angabe ärztlicher Behandlungen anzugeben.

- Sofern Sie neben diesem Antrag auch Landesblindengeld (einkommens- und vermögensunabhängig) nach dem Niedersächsischen Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (BlindGeldG ND) beantragen möchten, können wir die für Sie zuständige Landesblindengeldbehörde informieren. Die Landesblindengeldbehörde wird Ihnen anschließend zusätzliche Antragsunterlagen übersenden. Sollten Sie nur die Feststellung des Merkzeichens „BI“ und nicht zugleich das Landesblindengeld beantragen, mache ich Sie zur Vermeidung von Rechtsnachteilen darauf aufmerksam, dass das Landesblindengeld frühestens vom Ersten des Monats gezahlt wird, in dem der Antrag gestellt wird. Wenn Sie diese Leistung anstreben, ohne sie hier beantragen zu wollen, wenden Sie sich bitte zeitnah an die für Sie zuständige Landesblindengeldbehörde.

- Darüber hinaus besteht für blinde Menschen, die zu Hause leben und in besonderen Lebenssituationen sind, die Möglichkeit, eine einmalig pauschalierte Leistung aus dem Landesblindenfonds des Landes Niedersachsen zu beantragen. Nähere Auskünfte erhalten Sie bei der Hauptstelle des Nds. Landessozialamtes in Hildesheim. Die Anschrift lautet:

Domhof 1,
31134 Hildesheim,
Tel: 05121/3040,
Fax: 05121-304611.

Soweit Sie einen Antrag auf einkommens- und vermögensabhängige Blindenhilfe nach § 72 SGB XII stellen möchten, wenden Sie sich bitte an das für Sie zuständige Sozialamt.

****Sie haben hier die Möglichkeit die Gewährleistung des Landesblindengeldes nach dem Niedersächsischen Gesetz über das Landesblindengeld für Zivilblinde (BlindGeldG ND) zu beantragen. Wir leiten Ihren Antrag an das zuständige Amt weiter.****

[Weitere Informationen zum Landesblindengeld (PDF)]({verfahrenFileUrl}/LandesblindengeldBeantragen.pdf)

Möchten Sie die Gewährung des Landesblindengeldes beantragen?

7 Angaben zu einer anderweitigen Feststellung

****Haben Sie bei einer Berufsgenossenschaft oder einer Behörde einen Antrag auf Anerkennung von Gesundheitsstörungen als Berufskrankheit/Arbeits- bzw. Dienstunfall oder nach dem Sozialen Entschädigungsrecht gestellt?***

Nein

Bitte beachten Sie: Nach § 152 Abs. 2 SGB IX ist eine Feststellung des Grades der Behinderung (GdB) grundsätzlich nicht zu treffen, wenn eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung und den Grad einer auf ihr beruhenden Erwerbsminderung schon in einem Rentenbescheid, einer entsprechenden Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung oder einer vorläufigen Bescheinigung der für diese Entscheidungen zuständigen Dienststellen getroffen worden ist, es sei denn, dass Sie ein Interesse an einer anderweitigen Feststellung glaubhaft machen, weil Sie beispielsweise weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen geltend machen möchten.

Sofern Sie ein anderweitiges Feststellungsinteresse hinsichtlich des Grades der Behinderung geltend machen möchten, geben Sie bitte im weiteren Verlauf des Antrags nur Gesundheitsstörungen an, die bisher nicht festgestellt bzw. geltend gemacht wurden. Sofern Sie ausschließlich Merkzeichen beantragen möchten, ist dies jedoch nicht zwingend nötig.

Bitte geben Sie das Aktenzeichen/Geschäftszeichen des Antrags bei einer Berufsgenossenschaft oder einer weiteren Behörde an.

Welche Gesundheitsstörung(en) wurden dort festgestellt bzw. geltend gemacht?

7.1 Angaben zur Behörde

****Bitte benennen Sie im Folgenden die Berufsgenossenschaft oder die Behörde, bei der Sie den Antrag auf Anerkennung von Gesundheitsstörungen als Berufskrankheit/Arbeits- bzw. Dienstunfall oder nach dem Sozialen Entschädigungsrecht gestellt haben.****

Name der Behörde

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort
Entscheidung anderer Dienststelle

8 Rentenanträge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Haben Sie bereits einen Rentenanspruch wegen verminderter Erwerbsfähigkeit gestellt?

Nein

Welche Gesundheitsstörung(en) wurden dort festgestellt bzw. geltend gemacht?

Bitte geben Sie Ihre Rentenversicherungsnummer an.

8.1 Angaben zur Behörde

****Bitte benennen Sie im Folgenden die Behörde, bei der der Rentenanspruch gestellt wurde.****

Name der Behörde

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Nachweis Rentenbescheid

9 Anträge Feststellung Pflegegrad

****Wenn Sie nicht möchten, dass die Pflegekasse zur Sachverhaltsermittlung kontaktiert wird, können Sie die Schweigepflichtentbindung am Ende des Antrags für die Pflegekasse separat verweigern. Dies führt jedoch dazu, dass Ihr Antrag ggf. nicht hinreichend geprüft werden kann und möglicherweise abgelehnt werden muss.****

****Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung eines Pflegegrades gestellt?****

Nein

Bitte geben Sie den festgestellten Pflegegrad an

Bitte geben Sie Ihre Kranken-/Pflegeversicherungsnummer an.

9.1 Angaben zur Kranken-/Pflegekasse

****Bitte machen Sie Angaben zu der Kranken-/Pflegekasse, bei welcher der Antrag zur Feststellung des Pflegegrades gestellt wurde.****

Name der Kranken-/Pflegekasse

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Nachweis Pflegebescheid / Pflegegutachten

Nachweis Ablehnung Pflegegrad

10 Dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung

****Im Rahmen der Antragsprüfung werden bei den Ärzten und Kliniken, die Sie benennen, grundsätzlich sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfragt (entsprechend einer erteilten Schweigepflichtentbindung). Dadurch kann der höchstmögliche Grad der Behinderung festgestellt und alle relevanten Merkzeichen zuerkannt werden.****

****Unter dem Punkt 1.11 Einschränkung Prüfung gesundheitlicher Beeinträchtigungen können Sie die Abfrage für bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen einschränken, wenn Sie dies wünschen.****

****Welche der bereits bewerteten Gesundheitsstörungen hat/haben sich verschlimmert oder sind hinzugekommen?****

Bitte geben Sie die dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung an

Brustkrebs beidseitig

Handelt es sich bei dieser Beeinträchtigung um

Bitte geben Sie die Ursache für Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung an.

Krankheit

Befundberichte
2026_07_05_2026 0705 CT Steffi ohne Kontrastmittel .pdf (Referenz: 46742099-0cab-4e75-96c0-648c1515663a394)
Befundberichte
2026_07_05_Nachbericht vom 24062024 Biopsie.pdf (Referenz: a3264ce5-8b31-4bc4-9ac5-e1f059656574394)
Befundberichte
2026_07_29_MHH Nuklearmedizin Bericht 20_07_26.pdf (Referenz: 80de2014-9ae4-42e7-8956-f80623c2ab25394)
Befundberichte
2026_08_11_MHH TTE Befund Erwachsenenkardiologie - MHH TTE Befund Erwachsenenkardiologie.pdf (Referenz: c57701a8-eacc-4bff-bad0-29da4722dc2a394)
Befundberichte
2026_08_15_Karteieinträge Langkopf über Krankheiten.pdf (Referenz: 3f61f83f-02f4-4f8e-af41-9e281182ce5d394)
Befundberichte
2026_08_15_MHH Interdisziplinäre Tumorkonferenz vom 29072026 vom 31072026 - Bericht über die Tumorkonferenz.pdf (Referenz: 15aa2167-0b12-4dea-ad8e-badff5f37788394)
Befundberichte
2026_08_15_Röntgenpraxis 05082026 Knochendichtemessung.pdf (Referenz: 21ddbc21-3edb-4974-9c66-ed1585c660a1394)

11 Dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung

Im Rahmen der Antragsprüfung werden bei den Ärzten und Kliniken, die Sie benennen, grundsätzlich sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfragt (entsprechend einer erteilten Schweigepflichtentbindung). Dadurch kann der höchstmögliche Grad der Behinderung festgestellt und alle relevanten Merkzeichen zuerkannt werden.

Unter dem Punkt 1.11 Einschränkung Prüfung gesundheitlicher Beeinträchtigungen können Sie die Abfrage für bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen einschränken, wenn Sie dies wünschen.

Welche der bereits bewerteten Gesundheitsstörungen hat/haben sich verschlimmert oder sind hinzugekommen?

Bitte geben Sie die dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung an

Bluthochdruck

Handelt es sich bei dieser Beeinträchtigung um

Bitte geben Sie die Ursache für Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung an.

Krankheit

Befundberichte

2026_08_15_Karteieinträge Langkopf über Krankheiten.pdf (Referenz: cdb8d05f-698c-49b8-aba8-2229f3f0f95f394)

12 Dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung

Im Rahmen der Antragsprüfung werden bei den Ärzten und Kliniken, die Sie benennen, grundsätzlich sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfragt (entsprechend einer erteilten Schweigepflichtentbindung). Dadurch kann der höchstmögliche Grad der Behinderung festgestellt und alle relevanten Merkzeichen zuerkannt werden.

Unter dem Punkt 1.11 Einschränkung Prüfung gesundheitlicher Beeinträchtigungen können Sie die Abfrage für bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen einschränken, wenn Sie dies wünschen.

Welche der bereits bewerteten Gesundheitsstörungen hat/haben sich verschlimmert oder sind hinzugekommen?

Bitte geben Sie die dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung an

Chronisches HWS-Syndrom

Handelt es sich bei dieser Beeinträchtigung um

Bitte geben Sie die Ursache für Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung an.

Krankheit

Befundberichte

2026_08_15_Karteieinträge Langkopf über Krankheiten.pdf (Referenz: f6a6b4a2-60d7-4c91-a077-043468e1de7c394)

13 Dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung

Im Rahmen der Antragsprüfung werden bei den Ärzten und Kliniken, die Sie benennen, grundsätzlich sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfragt (entsprechend einer erteilten Schweigepflichtentbindung). Dadurch kann der höchstmögliche Grad der Behinderung festgestellt und alle relevanten Merkzeichen zuerkannt werden.

Unter dem Punkt 1.11 Einschränkung Prüfung gesundheitlicher Beeinträchtigungen können Sie die Abfrage für bestimmte gesundheitliche Beeinträchtigungen einschränken, wenn Sie dies wünschen.

Welche der bereits bewerteten Gesundheitsstörungen hat/haben sich verschlimmert oder sind hinzugekommen?

Bitte geben Sie die dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung an

Zustand nach Epicondylitis humeriradialis rechts

Handelt es sich bei dieser Beeinträchtigung um

Bitte geben Sie die Ursache für Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung an.

Krankheit

Befundberichte

2026_08_15_Karteieinträge Langkopf über Krankheiten.pdf (Referenz: 8524b997-a736-44fa-8bb5-5e855768860a394)

14 Einschränkung Prüfung gesundheitlicher Beeinträchtigungen

Soll der Antrag alle bestehenden dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen umfassen?

Ja

Bitte geben Sie die dauerhafte/n gesundheitliche/n Beeinträchtigung/en an, die bei der Feststellung **nicht** berücksichtigt werden sollen.

15 Hausärztin/Hausarzt

15.1 Angaben zur Behandlung durch Hausärztin/Hausarzt

15.1.1 Angaben zur/zum Hausärztin/Hausarzt

****Bitte machen Sie Angaben zu Ihrer/Ihrem Hausärztin/ Hausarzt.****

Erläuterung: Die Kontaktdaten der Hausärztin/ des Hausarztes werden benötigt, um ärztliche Befunde über Ihre dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigung/en einzuholen. Diese sind zur Prüfung und Bestimmung des Grades der Behinderung erforderlich.

Die Kontaktaufnahme und vor allem die Herausgabe der Gesundheitsdaten erfolgt selbstverständlich nur nach Erteilung des Einverständnisses durch die Schweigepflichtentbindung im späteren Verlauf des Antrags.

Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis die/den Ärztin/Arzt aus:

2001562, Langkopf, 31275, Lehrte, Burgdorfer Str. 11-15, Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

****oder****

☐ ****Die/der Ärztin/Arzt ist nicht im Ärzteverzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.****

Akademischer Grad/Titel

Name Hausärztin/Hausarzt

Vornamen

Fachrichtung

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

16 Angaben zur Behandlung durch Fachärztin/Facharzt

****Bitte machen Sie Angaben zu Ihren fachärztlichen Behandlungen**

in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung.**

Erläuterung: Für die Prüfung des Grades der Behinderung sind neben der hausärztlichen Behandlung ebenso fachärztliche Behandlungen zu berücksichtigen. Um die fachärztlichen Befunde für die Prüfung des Antrags heranzuziehen, benötigen wir die Kontaktdaten der Fachärztin / des Facharztes und den Behandlungszeitraum.

****Wie im Fall der hausärztlichen Behandlungen erfolgt die Kontaktaufnahme und vor allem die Herausgabe der Gesundheitsdaten selbstverständlich nur nach Erteilung der Schweigepflichtentbindung im späteren Verlauf des Antrags.****

Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis die/den Ärztin/Arzt aus:

1902403, 30625, Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, MHH, Klinik f.Frauenheilkunde u.Geburtshilfe

****oder****

☐ ****Die/der Ärztin/Arzt ist nicht im Ärzteverzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.****

16.1 Angaben zur/zum Fachärztin/Facharzt

Akademischer Grad/Titel

Name Fachärztin/Facharzt

Vornamen

Fachrichtung

16.1.1 Anschrift

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Aufgrund welcher der nachfolgend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigung/en waren Sie in Behandlung?

Brustkrebs beidseitig

Behandlungszeitraum von

17.06.2026

Behandlungszeitraum bis

laufend

Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?

Ja

17 Angaben zur Behandlung durch Fachärztin/Facharzt

****Bitte machen Sie Angaben zu Ihren fachärztlichen Behandlungen**

in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung.**

Erläuterung: Für die Prüfung des Grades der Behinderung sind neben der hausärztlichen Behandlung ebenso fachärztliche Behandlungen zu berücksichtigen. Um die fachärztlichen Befunde für die Prüfung des Antrags heranzuziehen, benötigen wir die Kontaktdaten der Fachärztin / des Facharztes und den Behandlungszeitraum.

****Wie im Fall der hausärztlichen Behandlungen erfolgt die Kontaktaufnahme und vor allem die Herausgabe der Gesundheitsdaten selbstverständlich nur nach Erteilung der Schweigepflichtentbindung im späteren Verlauf des Antrags.****

Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis die/den Ärztin/Arzt aus:

1307904, Dembeck, 31275, Lehrte, Parkstr. 16

****oder****

☐ ****Die/der Ärztin/Arzt ist nicht im Ärzteverzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.****

17.1 Angaben zur/zum Fachärztin/Facharzt

Akademischer Grad/Titel

Name Fachärztin/Facharzt

Vornamen

Fachrichtung

17.1.1 Anschrift

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Aufgrund welcher der nachfolgend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigung/en waren Sie in Behandlung?

Brustkrebs beidseitig

Behandlungszeitraum von

08.06.2026

Behandlungszeitraum bis

laufend

Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?

Ja

18 Angaben zur Behandlung durch Fachärztin/Facharzt

****Bitte machen Sie Angaben zu Ihren fachärztlichen Behandlungen**

in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung.**

Erläuterung: Für die Prüfung des Grades der Behinderung sind neben der hausärztlichen Behandlung ebenso fachärztliche Behandlungen zu berücksichtigen. Um die fachärztlichen Befunde für die Prüfung des Antrags heranzuziehen, benötigen wir die Kontaktdaten der Fachärztin / des Facharztes und den Behandlungszeitraum.

****Wie im Fall der hausärztlichen Behandlungen erfolgt die Kontaktaufnahme und vor allem die Herausgabe der Gesundheitsdaten selbstverständlich nur nach Erteilung der Schweigepflichtentbindung im späteren Verlauf des Antrags.****

Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis die/den Ärztin/Arzt aus:

2001562, Langkopf, 31275, Lehrte, Burgdorfer Str. 11-15, Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

****oder****

☐ ****Die/der Ärztin/Arzt ist nicht im Ärzteverzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.****

18.1 Angaben zur/zum Fachärztin/Facharzt

Akademischer Grad/Titel

Name Fachärztin/Facharzt

Vornamen

Fachrichtung

18.1.1 Anschrift

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Aufgrund welcher der nachfolgend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigung/en waren Sie in Behandlung?

Bluthochdruck

Behandlungszeitraum von

05.12.24

Behandlungszeitraum bis

laufend

Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?

Ja

19 Angaben zur Behandlung durch Fachärztin/Facharzt

****Bitte machen Sie Angaben zu Ihren fachärztlichen Behandlungen**

in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung.**

Erläuterung: Für die Prüfung des Grades der Behinderung sind neben der hausärztlichen Behandlung ebenso fachärztliche Behandlungen zu berücksichtigen. Um die fachärztlichen Befunde für die Prüfung des Antrags heranzuziehen, benötigen wir die Kontaktdaten der Fachärztin / des Facharztes und den Behandlungszeitraum.

****Wie im Fall der hausärztlichen Behandlungen erfolgt die Kontaktaufnahme und vor allem die Herausgabe der Gesundheitsdaten selbstverständlich nur nach Erteilung der Schweigepflichtentbindung im späteren Verlauf des Antrags.****

Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis die/den Ärztin/Arzt aus:

2001562, Langkopf, 31275, Lehrte, Burgdorfer Str. 11-15, Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

****oder****

☐ ****Die/der Ärztin/Arzt ist nicht im Ärzteverzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.****

19.1 Angaben zur/zum Fachärztin/Facharzt

Akademischer Grad/Titel

Name Fachärztin/Facharzt

Vornamen

Fachrichtung

19.1.1 Anschrift

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Aufgrund welcher der nachfolgend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigung/en waren Sie in Behandlung?

Chronisches HWS-Syndrom

Behandlungszeitraum von

31.07.26

Behandlungszeitraum bis

laufend

Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?

Ja

20 Angaben zur Behandlung durch Fachärztin/Facharzt

****Bitte machen Sie Angaben zu Ihren fachärztlichen Behandlungen**

in den letzten zwei Jahren bzw. seit der letzten Feststellung.**

Erläuterung: Für die Prüfung des Grades der Behinderung sind neben der hausärztlichen Behandlung ebenso fachärztliche Behandlungen zu berücksichtigen. Um die fachärztlichen Befunde für die Prüfung des Antrags heranzuziehen, benötigen wir die Kontaktdaten der Fachärztin / des Facharztes und den Behandlungszeitraum.

****Wie im Fall der hausärztlichen Behandlungen erfolgt die Kontaktaufnahme und vor allem die Herausgabe der Gesundheitsdaten selbstverständlich nur nach Erteilung der Schweigepflichtentbindung im späteren Verlauf des Antrags.****

Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis die/den Ärztin/Arzt aus:

2001562, Langkopf, 31275, Lehrte, Burgdorfer Str. 11-15, Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

****oder****

☐ ****Die/der Ärztin/Arzt ist nicht im Ärzteverzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.****

20.1 Angaben zur/zum Fachärztin/Facharzt

Akademischer Grad/Titel

Name Fachärztin/Facharzt

Vornamen
Fachrichtung

20.1.1 Anschrift

Straße
Hausnummer
Postleitzahl
Ort

Aufgrund welcher der nachfolgend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigung/en waren Sie in Behandlung?

Zustand nach Epicondylitis humeriradialis rechts

Behandlungszeitraum von 22.12.20
Behandlungszeitraum bis laufend
Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben? Ja

21 Angaben zur Behandlung im Krankenhaus

****Wurden Sie innerhalb der letzten zwei Jahre bzw. seit der letzten Feststellung im Krankenhaus behandelt?***
Erläuterung: Bitte machen Sie hier Angaben zu dem Krankenhaus, in dem Sie behandelt wurden, und zum Behandlungszeitraum.

Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis das Krankenhaus aus:

1902403, 30625, Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, MHH, Klinik f.Frauenheilkunde u.Geburtshilfe

****oder****

☐ ****Das Krankenhaus ist nicht im Verzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.****

Name behandelnde/behandelnder Ärztin/Arzt

Frau Dr. Lena Steinkasserer

Station

21.1 Angaben zur Behandlung im Krankenhaus

Name des Krankenhauses

21.1.1 Anschrift

Straße
Hausnummer
Postleitzahl
Ort

Aufgrund welcher der nachfolgend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigung/en waren Sie in Behandlung?

Brustkrebs beidseitig

Behandlungszeitraum von 17.06.2026
Behandlungszeitraum bis 24.07.2026
Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben? Ja

22 Angaben zur Behandlung im Krankenhaus

****Wurden Sie innerhalb der letzten zwei Jahre bzw. seit der letzten Feststellung im Krankenhaus behandelt?***
Erläuterung: Bitte machen Sie hier Angaben zu dem Krankenhaus, in dem Sie behandelt wurden, und zum Behandlungszeitraum.

Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis das Krankenhaus aus:

1909920, 30625, Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, MHH, Hämatologie u. Onkologie

****oder****

☐ ****Das Krankenhaus ist nicht im Verzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.****

Name behandelnde/behandelnder Ärztin/Arzt

Station

22.1 Angaben zur Behandlung im Krankenhaus

Name des Krankenhauses

22.1.1 Anschrift

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Aufgrund welcher der nachfolgend aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigung/en waren Sie in Behandlung?

Brustkrebs beidseitig

Behandlungszeitraum von

11.08.2026

Behandlungszeitraum bis

31.12.2026

Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?

Ja

23 Geltungszeitpunkt der Feststellung

**Ab wann soll die beantragte Feststellung gelten?*

Die Feststellung soll ab Antragsstellung gelten

Bitte geben Sie das Datum an, ab dem die Feststellung rückwirkend gelten soll.

Bitte geben Sie das Interesse / den Grund für die Beantragung einer rückwirkenden Feststellung an.

Nachweis für eine rückwirkende Feststellung

24 Weitere Angaben

Wenn Sie Informationen und Anmerkungen zum Antrag auf Feststellung einer Behinderung und Zuerkennung von Merkzeichen machen möchten, können Sie diese hier vornehmen. Wenn sich Unterlagen über Ihren derzeitigen Gesundheitszustand - wie zum Beispiel weitere Arzt-, Krankenhaus-, Reha-Berichte, Gutachten (z.B. Pflege- und Betreuungsgutachten), EKG und Laborbefunde - in Ihrem Besitz befinden, laden Sie diese gerne unter „Sonstige Anlagen“ hoch. Sie fördern damit die Beschleunigung des Verfahrens.

Bitte geben Sie im Folgenden weitere Informationen und Anmerkungen an

Anschlussheilbehandlung folgt nach Abschluss der Bestrahlung (Therapie)

Sonstige Anlagen

25 Schweigepflichtentbindung

Um eine zügige und rasche Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist es hilfreich, wenn Sie der zuständigen Behörde die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erteilen. Bitte wählen Sie am Ende der Seite aus, ob Sie in die Schweigepflichtentbindung einwilligen oder diese versagen. Für die Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung können Sie den beigefügten Vordruck herunterladen, ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und anschließend wieder hochladen oder per Post übersenden.

Entbindung von der Schweigepflicht

Durch die Schweigepflichtentbindung erklären Sie sich damit einverstanden, dass das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie die Auskünfte und medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundscheine, Untersuchungsbefunde, Pflege- und Betreuungsgutachten, Entwicklungsberichte, Zeugnisse) von den von Ihnen benannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gesundheitsämtern, Gerichten, Sozialleistungsträgern, sozialen Einrichtungen, Schulen sowie von Kranken- und Pflegepflichtversicherungsunternehmen - auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfang bezieht, wie diese für die Feststellung der von Ihnen geltend gemachten Gesundheitsstörung/en oder Merkzeichen erforderlich sind.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit Sie Ihre Schweigepflichtentbindung nicht beschränken auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte stattgefunden haben, sind der oben genannten Behörde unverzüglich mitteilen. Sofern Sie bei Ihrer Mitteilung über solche Untersuchungen nichts anderes bestimmen, werden auch Unterlagen über ärztliche Untersuchungen, die während des Feststellungsverfahrens vorgenommen werden, angefordert.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Insoweit entbinden Sie die von der oben genannten Behörde ersuchten Ärzte, Krankenanstalten, andere Behandlungsstätten, Behörden und Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen von ihrer Schweigepflicht. Änderungen in den Verhältnissen, insbesondere eine Veränderung der Funktionsbeeinträchtigung, des rechtmäßigen Aufenthalts, des Arbeitsverhältnisses als Grenzarbeitnehmer und des Wohnsitzes, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag oder danach eintreten, sind unverzüglich mitzuteilen.

Die Entbindung von der Schweigepflicht ist ein höchst persönliches Recht und kann daher ausschließlich von der Antragstellerin/dem Antragsteller, der gesetzlichen Vertreterin/dem gesetzlichen Vertreter, der Betreuerin/dem Betreuer mit entsprechender Befugnis, nicht aber von der/dem Bevollmächtigten erteilt werden.

Bitte wählen Sie im Folgenden aus, ob Sie die Entbindung von der Schweigepflicht erteilen oder versagen möchten. Für die Erteilung der Schweigepflichtentbindung wird Ihnen ein Vordruck zur Verfügung gestellt, welchen Sie im Folgenden herunterladen können. Bitte unterschreiben Sie das Dokument. Anschließend können Sie das Dokument wieder hochladen oder per Post übersenden.

Bitte wählen Sie aus, ob Sie die Schweigepflichtentbindung erteilen möchten oder die Schweigepflichtentbindung ablehnen möchten:

Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung

Bitte laden Sie den Vordruck zur Schweigepflichtentbindung herunter.

25.1 Ablehnung der Schweigepflichtentbindung

Sie haben sich dafür entschieden, die Schweigepflichtentbindung nicht zu erteilen. Bitte beachten Sie, dass unter diesen Umständen sämtliche Unterlagen von Ihnen vorgelegt werden müssen und ausschließlich anhand der von Ihnen eingereichten Unterlagen über Ihren Antrag entschieden wird.

Sofern Sie erforderliche Unterlagen nicht vorlegen, kann die Behörde möglicherweise relevante medizinische Sachverhalte nicht in die Prüfung Ihres Antrages aufnehmen, was zu einer nachteiligen Entscheidung für Sie führen kann.

25.2 Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung

Sie können entweder als betroffene Person, betreuende Person (soweit vom Aufgabenkreis umfasst) oder als gesetzliche Vertretung die Schweigepflichtentbindung ausdrücken, ausfüllen, unterschreiben und hochladen oder per Post übersenden (die Adresse wird Ihnen nach Absenden des Antrags angezeigt).

Falls Sie als bevollmächtigte Person den Antrag stellen, müssen Sie für die Schweigepflichtentbindung die Einwilligung der betroffenen Person, der betreuenden Person oder der gesetzlichen Vertretung einholen.

Unterszeichnete Schweigepflichtentbindung

2026_08_16_Ihr Antrag auf Feststellung einer Behinderung und Zuerkennung von Merkzeichen.pdf (Referenz: d2b9ae41-13b1-48c7-878c-76222306aeca374)

26 Mitwirkungspflicht und Datenschutz

****Mitwirkungspflicht:****

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) die Mitwirkungspflicht der oder des Leistungsberechtigten gesetzlich geregelt.

Wer Sozialleistungen beantragt, hat u.a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem hat er auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z.B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u.a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Sollten sich Änderungen in Ihren persönlichen Verhältnissen ergeben, müssen Sie diese unverzüglich der oben genannten Behörde mitteilen.

Hiermit versichere ich, die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen getätigt zu haben und

☒ **mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.**

****Datenschutz:****

Die Rechtsgrundlagen zur rechtmäßigen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den §§ 152 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch (SGB IX) i.V.m. §§ 67 ff. Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch (SGB X). Die Informationen zu den Risiken der Datenübermittlung und den Informationspflichten nach Artikel 13 ff. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) finden Sie in den [Informations- und Transparenzpflichten nach Art. 13 DSGVO (PDF)]({verfahrenFileUrl}/Informations-_Transparenzpflichten.pdf).

Angaben, die der oben genannten Behörde von einer Ärztin/einem Arzt im Rahmen einer Begutachtung oder zur Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt werden, dürfen im erforderlichen Umfang an Dritte (z.B. Deutsche Rentenversicherung, Integrationsamt) weitergegeben werden (§ 69 Abs.1 Nr.1-3 i.V.m. § 76 Abs.2 Nr.1 SGB X). Sie können dieser Weitergabe jederzeit widersprechen.

☒ **Ich widerspreche dieser Übermittlung an Dritte**