



**Liebe/r Patient/in,**

das Versorgungsamt hat uns um Stellungnahme bezüglich Ihres Schwerbehindertenantrages gebeten.

Um die Anfrage richtig, sinnvoll und in Ihrem Sinne zu bearbeiten sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Wir möchten Sie daher bitten, Ihre Beschwerden und Einschränkungen, welche Ihre Behinderung hervorruft in Stichworten zu formulieren. Als Unterstützung haben wir in diesem Anschreiben verschiedene wichtige Fragen und Aspekte aufgeführt.

Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Bogen dann baldmöglichst zukommen.

Vielen Dank!

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Welche Gesundheitsstörungen/Krankheiten werden geltend gemacht?**

	<b>Gesundheitsstörungen/Krankheiten</b> (z.B. Verschleiß Knie/Hüfte, Bandscheibenvorfall, Depression)	<b>Seit wann bestehen diese? Verlauf (Verschlechterung)?</b>
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		
<b>6</b>		

**Welche Funktionseinschränkungen bestehen?**

	<b>Funktionseinschränkungen</b> (z.B. langes Gehen, Heben, Tragen von Lasten, Knien, Konzentration,...)	<b>Ausprägung/Einflüsse</b> (z.B. Kälte, Wärme, Stress, Arbeit) / Hilfsmittel (z.B. Gehhilfe)
<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		
<b>6</b>		

**Welche Beschwerden schränken Sie ein?**

	<b>Beschwerden</b> (z.B. Schmerzen, Kraftlosigkeit, Antriebslosigkeit, Schwindel, Luftnot, Ängste, Nervosität, Schlafstörungen)	<b>Ausprägung/Einflüsse</b> (z.B. Kälte, Wärme, Arbeit, Druck, Stress)
1		
2		
3		
4		
5		
6		

**Welche Probleme haben Sie im Alltag?**

	<b>Probleme im täglichen Leben?</b> Einschränkung im Alltag (z.B. Hausarbeit, Einkaufen, Mobilität, gesellschaftliche Aktivitäten)	<b>Ausprägung/Einflüsse</b> (z.B. Besserung am Wochenende) / Hilfsmittel (z.B. Einkaufshilfe)
1		
2		
3		
4		
5		
6		

**Gibt es psychische Auswirkungen?**

	<b>Psychische Auswirkungen</b> (z.B. Antriebslosigkeit, Ängste, Schlafstörungen)	<b>Ausprägung/Einflüsse</b> (z.B. Besserung am Wochenende) / Hilfsmittel (z.B. Einkaufshilfe)
1		
2		
3		
4		
5		
6		

**Welche Begleitumstände sind wichtig?**

	<b>Begleitumstände</b> (z.B. Nebenwirkungen Medikamente, Injektionen (Insulin), reg. Arztbesuche/Krankengymnastik, wiederholte Krankenhausaufenthalte, Psychotherapie)	
1		
2		
3		
4		
5		
6		