

## Anlage G

### Fragebogen „Gesundheit“ zum Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII vom \_\_\_\_\_

Um Ihren Leistungsanspruch zu klären, benötigt der Fachdienst Allgemeine und Besondere soziale Hilfen eine sozialmedizinische Beurteilung Ihrer Leistungsfähigkeit.

Wir bitten Sie diesen Fragebogen komplett auszufüllen und die dazugehörigen Erklärungen über die Entbindung Ihrer behandelnden Ärzte und Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht zu unterschreiben. Wir weisen Sie darauf hin, dass alle **Angaben freiwillig** sind. Sie dienen einer Beschleunigung des Begutachtungsverfahrens und tragen dazu bei, Ihnen unnötige und belastende Doppeluntersuchungen zu ersparen.

Vorname:	_____
Name:	_____
Anschrift:	_____
Geburtsdatum:	_____

#### 1. Können Sie gesundheitlichen Einschränkungen geltend machen?

ja  nein

Wenn „ja“, welche? (Bitte kurze Schilderung):

---

---

---

#### 2. Befinden Sie sich wegen Ihrer gesundheitlichen Probleme in regelmäßiger ärztlicher Behandlung?

ja  nein

Geben Sie bitte Ihre behandelnden Ärzte an:

Name des Arztes	Ort	Facharztbezeichnung
-----------------	-----	---------------------

---

---

---

---

**3. Haben Sie eine vom Versorgungsamt anerkannte Behinderung oder besteht eine Schwerbehinderung?**

ja  nein

Grad der Behinderung (GdB) \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_

**4. Waren Sie in den letzten 3 Jahren in einem medizinischen Heilverfahren in einer Kur- oder Rehabilitationsklinik?**

ja  nein

Name der Klinik \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Jahr \_\_\_\_\_ Kostenträger (z.B. Krankenk., Rentenvers.): \_\_\_\_\_

**5. Haben Sie in den letzten 3 Jahren einen Rentenanspruch oder Reha-Antrag bei Ihrer Rentenversicherung gestellt?**

ja  nein

Antrag gestellt am \_\_\_\_\_ Rentenversicherung \_\_\_\_\_

Rentenversicherungsnummer \_\_\_\_\_

Ärztliche Untersuchung am \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

Verfahren läuft noch  Rente bewilligt  Rentenanspruch abgelehnt

Reha-Antrag wurde bewilligt  Reha-Antrag abgelehnt

Sozialgerichtsverfahren wegen Rentenablehnung läuft

**6. Wurden Sie in den letzten 3 Jahren vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK), von einer Berufsgenossenschaft, von einem Gesundheitsamt oder vom Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit begutachtet?**

Von wem? Wann? Wo? Versicherungs-Kundennummer

---

---

---

---