

Änderungsantrag

nach dem BVG und nach den Gesetzen, die das BVG für anwendbar erklären
(OEG, IfSG, HHG, ZDG, StrRehaG)

Hinweise:

Zur Prüfung Ihres Antrages werden nachstehende Angaben benötigt. Nach § 21 Abs. 2 Satz 1 des X. Buches Sozialgesetzbuch sollen Sie bei der Ermittlung des Sachverhalts mitwirken. Die Verweigerung der Auskunft kann zur Ablehnung Ihres Antrags führen.

Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Felder an.

Füllen Sie bitte den Antrag sorgfältig und gut leserlich aus und unterschreiben Sie auf der letzten Seite.

Bitte geben Sie das Geschäftszeichen des Versorgungsamtes an:

Name		Vorname	
geboren am		in	
Straße, Hausnummer		tagsüber erreichbar Telefon:	
PLZ	Wohnort	Telefax:	

Bevollmächtigter (bitte Vollmacht beifügen)

Name		Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ	Wohnort

Ich beantrage eine Neufeststellung meines Versorgungsanspruches.

Zur Begründung meines Antrags mache ich nachstehende Angaben; sie beziehen sich auf die Zeit nach der letzten Feststellung durch den Bescheid des Versorgungsamtes vom

Welches der im letzten Rentenbescheid anerkannten Versorgungsleiden hat sich verschlimmert?

Wie äußert sich diese Verschlimmerung?

Welche Gesundheitsstörungen werden zusätzlich als Schädigungsfolgen geltend gemacht?

Auf welche anerkannten Schädigungsfolgen bzw. auf welches schädigende Ereignis (Wehrdienst, Unfall) wird die zusätzliche Gesundheitsstörung zurückgeführt?

Bei welchen anderen Stellen befinden sich (ärztliche) Unterlagen über die nun geltend gemachten Schädigungsfolgen?
Bitte zutreffendes ankreuzen und Anschrift und Geschäftszeichen angeben.

- | | |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft | <input type="checkbox"/> Arbeitsamt |
| <input type="checkbox"/> Landeswohlfahrtsverband (Blindengeld) | <input type="checkbox"/> Landesversicherungsanstalt |
| <input type="checkbox"/> Pflegekasse | <input type="checkbox"/> Bundesversicherungsanstalt für Angestellte |

Anschrift:	Geschäftszeichen:
Anschrift:	Geschäftszeichen:

Bitte übersenden Sie alle ärztlichen Unterlagen seit der letzten Feststellung, die sich in Ihren Händen befinden und die die als Schädigungsfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen betreffen. Sie tragen damit zu einer Verkürzung der Bearbeitungszeit bei.

Angaben zu ärztlichen Behandlungen seit der letzten Feststellung:

	Name/Bezeichnung und Adresse	Wegen welcher der genannten Gesundheitsstörungen wurden Sie behandelt?	Zusatzangaben
Hausarzt	Straße Ort		Von welchen Fachärzten, Krankenhäusern und Kurkliniken hat der Hausarzt Unterlagen?
Fachärzte	Straße Ort		Fachgebiet: zuletzt behandelt: Monat/Jahr
	Straße Ort		Fachgebiet: zuletzt behandelt: Monat/Jahr
Kranken- häuser, Kliniken, Reha- Kliniken	Straße Ort		Station/Abteilung: Zeitraum: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär
Kur- klinik	Straße Ort		Kostenträger: Zeitraum: GZ.:

Ich bin - war- in den letzten drei Jahren krankenversichert bei:
 Name der Krankenkasse

Einwilligungserklärung gem. §§ 67, 100 X. Buch Sozialgesetzbuch

Ich bin damit einverstanden, daß das Versorgungsamt die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag genannten Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und psychotherapeutischen Unterlagen, insbes. Entlassungs- und Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie diese Aufschluss über die geltend gemachten Schädigungsfolgen geben können. Unterlagen, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben, sind eingeschlossen. Die Einverständniserklärung bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich entbinde die beteiligten Ärzte und Ärztinnen insoweit von der Schweigepflicht. Falls ich diese Einwilligungserklärung einschränken will, werde ich eine gesonderte Erklärung abgeben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Antragsteller/in)

Anlagen: