

2. **Der/Die Antragsteller/in macht folgende Gesundheitsstörungen geltend:**

Die Gesundheitsstörungen bestehen seit:

3. **Amtsärztliches Gutachten**

Amtsärztliches Gutachten ja bitte beifügen
 nein

4. **Ärztliche Behandlung**

Arzt/Krankenhaus/Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Tel-Nr.)

Behandlung wegen _____ Wann: _____

Arzt/Krankenhaus/Rehabilitationsklinik (Name, Anschrift, Tel-Nr.)

Behandlung wegen _____ Wann: _____

Befundbericht/ärztliches Gutachten ist/sind beifügt.

5. **Schwerbehinderung:**

nein ja Grad der Behinderung _____

Ärztliche Gutachten und der Bescheid vom Versorgungsamt sind beifügt.

6. **Beschäftigungsübersicht**

Beschäftigung in einer geschützten Einrichtung

nein ja vom – bis _____

Gutachten des Fachausschusses ist beifügt ja Datum: _____
 nein

wenn nein: Anschrift der Einrichtung: _____

Beschäftigung außerhalb einer geschützten Einrichtung

nein ja

| zuletzt beschäftigt als | täglicher Umfang | vom - bis |
|-------------------------|------------------|-----------|
| | | |

7. **Eine Erklärung des/der Antragstellers/in über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist beifügt.**

Bestätigungsvermerk

Die Angaben zur Person der Antragstellerin/des Antragsstellers werden bestätigt durch

Geburts-/Abstammungsurkunde gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

_____ Dienststempel _____ Datum, Unterschrift des Aufnehmenden