

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Kreisverwaltung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderte(r)

Sehr geehrte Damen und Herren,

da mich nachstehend aufgeführte Behinderungen beeinträchtigen, beantrage ich die Anerkennung einer Schwerbehinderung.

Folgende Krankheiten belasten mich:

1. *Darstellung einer Krankheit und die sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen, Erschwernisse und Behinderungen in der täglichen Lebensführung*
2. *Darstellung einer weiteren Krankheit und ...*
3. (usw.)

Ich bin bei der (Name) krankenversichert.

Meine behandelnden Ärzte, die ich von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Versorgungsamt entbinde, können über Art und Ausmaß meiner Behinderung Auskunft erteilen:

Name	Fachgebiet	Anschrift
------	------------	-----------

- 1.
- 2.
- 3.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift)

Anlage:

Ausgefülltes Antragsformular auf Anerkennung einer Schwerbehinderung