

Widerspruch gegen den Bescheid über den Grad der Behinderung (GdB)

Name	Vorname	Geschäftszeichen
-----------------------------	--------------------------------	---

Kreis Gütersloh
Abteilung Soziales
33324 Gütersloh

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom _____ lege ich fristgerecht Widerspruch ein. Ich bin mit dem festgestellten Grad der Behinderung meiner Person betreffend nicht einverstanden.

Ich begehre folgenden Grad der Behinderung:

20 30 40 50 60 70 80 90 100

Ausführliche Begründung:

(Falls seit der Antragstellung weitere Diagnosen hinzugekommen sind, benennen Sie diese bitte und ergänzen den Namen und die Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin, Krankenhauses, etc. sowie das letzte Behandlungsdatum).

Ich begehre folgende Merkzeichen:

G aG B RF TBI H 1.Kl. BI GI

Begründung:

(Bitte führen Sie hier aus, warum Ihrer Meinung nach Voraussetzungen zur Gewährung eines Merkzeichens vorliegen!)

Diesem Widerspruch füge ich folgende ärztlichen Befundberichte (z. B. Krankenhausentlassberichte, REHA-Berichte, Pflegegutachten) bei:

Für den Fall, dass weitere Ärzte*innen, Krankenhäuser, etc., die noch nicht im Rahmen des Antragsverfahrens benannt wurden, zur Übersendung eines Befundberichtes aufgefordert werden erteile ich die folgende Schweigepflichtentbindungserklärung:

Schweigepflichtentbindungserklärung:

Soweit ich keine Unterlagen beifüge oder die von mir beigefügten Unterlagen für eine sachgerechte Entscheidung nach dem SGB IX nicht ausreichen, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die zuständige Stelle in diesem Verwaltungsverfahren von den von mir eingangs benannten Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten, Krankenanstalten/Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Kuranstalt, Sanatorium), Trägern der Sozialversicherung, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden Gerichten sowie von den sonstigen von mir benannten Stellen Auskünfte einholen und Unterlagen bezieht in dem Umfang, wie dieses Aufschluss über die bei mir vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen geben können. Mein Einverständnis gilt auch für Unterlagen, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Die benannten Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten entbinde ich ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Auskünfte und Unterlagen in den Verfahren verwendet werden.

Datum	Unterschrift
------------------------------	-------------------------------------