

## **Fragebogen Erwerbsminderung**

Wir arbeiten mit einem umfangreichen Fragebogen, der es uns ermöglicht, ein umfassendes Bild von Ihrer Persönlichen und gesundheitlichen Situation zu machen. Je mehr Informationen wir haben, desto besser lässt sich der Anspruch begründen.

Bitte arbeiten Sie also den Fragebogen aufmerksam durch und beantworten die Fragen so weit wie möglich. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Am Ende des Fragebogens erhalten Sie allgemeine Informationen zum Verfahren!

Damit lassen sich die meisten Fragen beantworten.

Ihr vollständiger Name

Ihre Post Anschrift

E-Mail

Handy

Bitte teilen Sie uns Änderungen bei den Persönlichen Daten immer mit!

Ihr Geburtsdatum:

### **Folgende Unterlagen sollten Sie aktuell Vorliegen haben**

#### **Vorerkrankung - und Leistungsverzeichnis**

Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung der letzten 5 - 10 Jahre (fragen Sie dort einfach nach und verlangen die Übersendung)

#### **Aktuelle Renteninformation von der DRV -**

prüfen Sie, ob alle Zeiten mit beinhaltet sind oder bestimmte Zeiten fehlen wie zB Beschäftigung im Ausland, freiwillige Beiträge, Kindererziehungszeit, Pflegezeit, versicherte Minijobs

Muss eine Aufstellung Ihrer möglichen Renten und deren Eintrittszeitpunkte und die prognostizierte Höhe der Renten beinhalten

**Bescheid über Schwerbehinderung**

Ansonsten stellen Sie bei Ihrem Versorgungsamt des Landkreises einen Antrag auf Feststellung der Schwerbehinderung

**Leistungsbescheide anderer Sozialversicherungen**

Bescheid über Arbeitslosengeld I

Bescheid über Krankengeld der Krankenversicherung

Bescheid der Pflegeversicherung über Pflegegrad

Bescheid der Unfallversicherung/Berufsgenossenschaft über die Feststellung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit

Bescheid über eine Versorgungs- oder Beschädigtenrente, OEG

Ggfls. Bescheid des JobCenters

**Persönliches:**

**Berufliche Laufbahn:**

Bitte geben Sie die Zeiträume, Ihre Abschlüsse und die beruflichen Tätigkeiten mit Zeitdauer und kurzer Beschreibung der Art und Weise der Tätigkeit an.

Schulabschluss

Ausbildung

Berufliche Tätigkeiten

Letzte berufliche Tätigkeit

Wann haben Sie diese beendet?

Besteht noch ein Arbeitsvertrag?

Bitte legen Sie diesen vor und die letzte Lohnabrechnung sowie die letzte Dezember Abrechnung vor

## **Familiäre Situation**

Ledig  
Verheiratet  
Kinder

Wohnsituation (Haus, Wohnung, Garten)

Pflegen Sie andere Familienangehörige?

Sonstige persönliche Umstände, die vielleicht wichtig sind:



**Bitte geben Sie hier Ihre Therapeuten an:**

Name	Adresse	Fachrichtung	In welchen Abständen?

**Bitte geben Sie an, in welchen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen Sie sich in den letzten 5 - 10 Jahren befanden:**

Name	Adresse	Fachrichtung	Zeitraum

### **Medikamente, Arzneien, Heilmittel, Hilfsmittel**

Es ist für uns wichtig zu wissen, welche Medikamente Sie einnehmen, in welcher Dosierung und ob es Wechsel in den Medikamenten gab und welche Alternativen in der Behandlung ausgetestet wurden.

Medikament	Dosierung	Wirkung

Medikament	Dosierung	Wirkung

Gibt es in ihrer **Familie Erbkrankheiten oder Nervenkrankheiten**?

Nehmen sie **Suchtmittel** ein wie zum Beispiel Alkohol, Nikotin, Medikamente, Drogen?

Schildern Sie bitte Ihren **Tagesablauf**:

Morgens: Aufstehen zu welchem Zeitpunkt und in welchem Zustand?

Mittags und nachmittags: Welche Tätigkeiten üben sie aus?

Abends: wann essen sie zu Abend und dann gehen sie zu Bett?

Nachts: Wie ist der Schlaf?

Wie schätzen Sie Ihre derzeit bestehende **Leistungsfähigkeit** ein?

Sind Sie eingeschränkt leistungsfähig oder gar nicht mehr leistungsfähig?

Bitte schätzen sie ihre berufliche Perspektive ein, meinen sie, dass eine Arbeit noch möglich ist und wenn ja welche und in welchem Zeitumfang?

## **Gesundheitliche Beschwerden:**

Die so genannte Sozial- und Arbeitsmedizin unterteilt die gesundheitlichen Problembereiche in so genannte Funktionssysteme:

Kopf und Gesicht, Nervenschäden und Psyche, Sehorgane, Hör - und Gleichgewichtsorgan, Nase, Mundhöhle Rachenraum obere Luftwege, Brustkorb tiefere Atemwege und Lungen, Herz und Kreislauf, Verdauungsorgane, Blase, Harnorgane, Männliche und weibliche Geschlechtsorgane, Stoffwechsel innere Sekretion, Blut blutbildende Organe Immunsystem, Haut, Haltung - und Bewegungsorgane rheumatische Krankheiten

Nun folgen einige typische gesundheitliche Beeinträchtigungen, wie sie meist in unseren Verfahren vorkommen und thematisiert werden. Bitte geben Sie Ihre Beeinträchtigungen an und beschreiben diese möglichst genau, ausführlich und plastisch, so dass wir uns genau vorstellen können, wie sie sich im Alltag, im Berufsleben, in der Freizeit, im sozialen Umfeld, im Familienumfeld fühlen und wie sie dort konkret beeinträchtigt sind! Diese Angaben sind sehr wichtig, da sich hier nach die Einschätzung der Behörden und Gerichte richten wird.

### **Typische Beeinträchtigungen:**

Zum Beispiel:

#### **Beine - Füße - Knie - Hüfte**

Einschränkungen beim Gehen, Stehen, Laufen - auf ebener Strecke, auf schiefen Ebenen, auf Treppen (auf und ab). Beweglichkeit ist eingeschränkt, Belastung ist nicht möglich, Schmerzen in den Gelenken, zB wegen Arthrose, einseitig, beidseits, künstliche Gelenke (gut oder schlecht eingestellt),

Ihre Probleme in diesem Bereich:

## **Hände**

Einschränkungen beim Greifen, Halten von Gegenständen, Faustschluss noch/nicht möglich, Beeinträchtigung der Feinmotorik/des Schreibens, Kraftverlust, (Rhiz-)Arthrose,

Ihre Probleme in diesem Bereich:

## **Arme - Schultern**

Beweglichkeit eingeschränkt, keine Drehen, Heben zur Seite mehr möglich, Impingement, Arthrose, Kraftminderung

Ihre Probleme in diesem Bereich:

## **Wirbelsäule**

Bücken, Drehen eingeschränkt, Schmerzen, Wirbelgleiten, Wirbelbrüche, Osteoporose, Operationen, Bandscheibenschäden, Bandscheibenvorfälle, Scheuermann-Krankheit, Morbus Bechterew, Spndylolisthesis, Spinalkanalstenose, Skoliose, Postdiskotomiesyndrom, neurogenes Hinken, Ausstrahlungen, Nervenschmerzen

Ihre Probleme in diesem Bereich:

## **Schwerhörigkeit**

Tonschwerhörigkeit, fehlendes Sprachverständnis, Tinnitus, Rauschen, Hörgeräte

Ihre Probleme in diesem Bereich:



## **Sehfähigkeit**

Blindheit, Augenerkrankungen, Operationen, sonstige Schädigungen

Ihre Probleme in diesem Bereich:

## **Inkontinenz**

Urin, Stuhlgang, Häufigkeit, Nachts aufstehen, Inkontinenzhilfsmittel, Eingeschränkte Reisefähigkeit, häufige Pausen oder Stopps notwendig

Ihre Probleme in diesem Bereich:

## **Schlafapnoe (CPAP Gerät vorhanden?)**

Ergebnis Schlaflabor,

Ihre Probleme in diesem Bereich:

## **Lunge und Atmung**

Ihre Probleme in diesem Bereich:

## **Herz und Kreislauf**

Ihre Probleme in diesem Bereich:

## **Verdauungsorgane**

Ihre Probleme in diesem Bereich:

### **Stoffwechselerkrankungen, Diabetes mellitus**

Ihre Probleme in diesem Bereich:

### **Rheuma, Fibromyalgie, Entzündungen**

Ihre Probleme in diesem Bereich:

### **Krebserkrankungen**

Ihre Probleme in diesem Bereich:

### **Neurologische Probleme**

Ihre Probleme in diesem Bereich:

### **Psychische Probleme**

Ihre Probleme in diesem Bereich:

## **Autismus, andere seelische Beeinträchtigungen**

Ihre Probleme in diesem Bereich:

**Einschränkungen im sozialen Bereich** (haben Sie Probleme mit Leuten in Kontakt zu treten, gibt es familiäre Probleme, Streitigkeiten, mit welchen Umständen kommen sie nicht mehr klar):

**Einschränkungen im Freizeitbereich** (welche Hobbys und Freizeitaktivitäten haben Sie früher ausgeübt, was können Sie heute noch, warum können sie dies heute nicht mehr, wie belastet sie dies persönlich?):

**Wenn sie im Laufe des Verfahrens neue oder weitergehende Informationen erhalten, so senden Sie diese uns bitte umgehend zu, verbunden mit einer kurzen Erläuterung, damit wir auch die neuen Informationen verarbeiten können. Diese werden im gesamten Verlauf des Verfahrens immer auch berücksichtigt!**

**Bitte teilen Sie uns auch immer aktuell alle Änderungen ihres Gesundheitszustandes, der Therapien, der Behandlungen und des allgemeinen Zustandes mit!**

### **Hinweise zum Antragsverfahren:**

Sie füllen das Formular aus und legen alle ärztlichen und therapeutischen Berichte bei. Diese werden von Amts wegen geprüft und bewertet. Dann erfolgt ein schriftlicher Bescheid.

Bei einer ablehnenden Entscheidung oder zu geringen Bewertung kann man Widerspruch einlegen. Hierfür hat man einen Monat Zeit, die Frist beginnt mit Kenntnis bzw. Zustellung des Bescheides.

Legen Sie rechtzeitig Widerspruch ein oder informieren Sie uns rechtzeitig!

### **Hinweise zum Widerspruchsverfahren:**

Im Widerspruchsverfahren werden von Amts wegen erneut alle Beeinträchtigungen geprüft und bewertet. Wir stellen alle Unterlagen zusammen und legen diese mit einer Kommentierung vor. Erfolgt dennoch ein ablehnender Widerspruchsbescheid, so kann man dagegen Klage erheben.

### **Hinweise zum Klageverfahren:**

Wir reichen Klage für Sie ein und beantragen Akteneinsicht. Sie können auch selbst Klage einreichen. Es besteht kein Anwaltszwang. Wir begründen die Klage ausführlich und legen eventuell noch weitere, neue, ergänzende Unterlagen der Therapeuten und Ärzte vor. Sie müssen mit einem Formular die Ärzte von der Schweigepflicht gegenüber dem Sozialgericht entbinden und diese werden dann vom Sozialgericht befragt zu den Diagnosen und Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag und darum gebeten, den Grad der Behinderung einzuschätzen. Es ist ratsam, dass Sie Ihre Ärzte vorher informieren und am besten auch einen Termin ausmachen, damit der aktuelle Zustand festgestellt werden kann. Sowohl wir, als auch das Landesversorgungsamt dürfen dann eine Stellungnahme dazu abgeben. Wenn die Erkenntnisse nicht ausreichen, kann das Sozialgericht einen Gutachter beauftragen. Es können auch mehrere Gutachten auf unterschiedlichen Fachgebieten eingeholt werden. Es besteht auch die Möglichkeit, ein Privatgutachten einzuholen.

Dann erfolgt entweder ein (nichtöffentlicher) Erörterungstermin, in dem die Angelegenheit besprochen wird. Eine Entscheidung erfolgt nicht, es kann nur ein Anerkenntnis des Beklagten, eine Rücknahme der Klage oder ein Vergleich erfolgen. Oder es folgt eine Mündliche Verhandlung, in der das Sozialgericht (ein Berufsrichter und zwei ehrenamtliche Richter) durch Urteil entscheidet. Ist die Angelegenheit klar und einfach, dann kann auch ein schriftliches Urteil oder ein schriftlicher Gerichtsbescheid durch das Gericht ohne Verhandlung erlassen werden.

Beide Parteien können bis zu einem Monat nach Erhalt der schriftlichen Urteilsgründe Berufung beim Landessozialgericht einlegen. Dort wird der Sachverhalt nochmals voll geprüft und das Verfahren kann wie beim Sozialgericht geführt werden.

### **Kosten**

Das Verfahren ist gerichtskostenfrei, das bedeutet, dass Sie nur Ihre eigenen Anwaltskosten zu bezahlen haben. Sie zahlen keine Gerichtsgebühren, keine Kosten von Gutachten oder Zeugen und keine Kosten des Gegners. Sind wir (teilweise) erfolgreich erhalten Sie Ihre Kosten (teilweise) zurück und vom Gegner bezahlt.

### **Honorarvereinbarung**

Wir schliessen mit Ihnen in der Regel eine individuelle Honorarvereinbarung ab. Um ein bestmögliches Ergebnis und eine umfassende Betreuung zu gewährleisten, sind Spezialkenntnisse des Anwaltes im Bereich Sozialmedizin notwendig. Ausserdem sind viele Verfahren umfangreich und langwierig. Zudem muss auch eine intensive Betreuung und Beratung des Mandanten im

Umgang mit Ärzten und Gutachtern erfolgen. Oftmals unterdurchschnittliche Erstattungen der Rechtsschutzversicherung und des Gegners sind weder auskömmlich, noch decken Sie den Aufwand, die Zeitdauer und die notwendigen Spezialkenntnisse in diesem Bereich ab.

Wir sprechen gemeinsam und transparent und verlässlich über die anfallenden Kosten und Risiken sowie alternative Lösungsmöglichkeiten.

### **Rechtsschutzversicherung (RSV)**

Wir fragen für Sie (kostenfrei) bei Ihrer RSV an. Das Klageverfahren beim Sozialgericht ist in der Regel immer versichert. Das Widerspruchsverfahren nur dann, wenn Ihr Tarif das vorsieht. Beim Abschluss einer RSV ist darauf zu achten, dass am besten schon das Widerspruchsverfahren mit inbegriffen ist. Meist reichen die (unter-) durchschnittlichen Gebührenerstattungen nicht aus, um die notwendigen Anwaltskosten vollumfänglich abzudecken.

### **Prozesskostenhilfe (PKH) und Beratungshilfe**

Wenn Sie die Kosten mangels Einkommen und Vermögen nicht tragen können und auch keine RSV oder Unterstützung durch eine Gewerkschaft oder ähnliches haben, dann kommt staatliche Unterstützung in Betracht.

Aussergerichtlich, also für das Widerspruchsverfahren, können Sie selbst bei Ihrem örtlichen Amtsgericht Beratungshilfe beantragen. Den Beratungshilfeschein legen Sie uns dann im Original vor.

Für die Prozesskostenhilfe müssen Sie ein Formular ausfüllen und die notwendigen Nachweise und Unterlagen vorlegen. Wir beantragen dann PKH für Sie.

Sie benötigen: Nachweise über Einkommen aller Art, Ausgaben aller Art, Mietvertrag, Kontoauszüge aller Konten der letzten 3 Monate, Nachweise über Vermögen wie Kfz, Wohneigentum, Nachweise über Schulden und Darlehensraten sowie weiterer Zahlungsverpflichtungen

### **Formulare:**

Bitte füllen Sie die Vollmacht aus (Ihr Name reicht, wegen GdB, Schwerbehinderung), unterzeichnen diese und senden uns diese zurück (Post, E-Mail, Fax)

Bitte füllen Sie unseren Mandantenfragebogen aus und senden uns diesen unterschrieben zurück (Post, E-Mail, Fax)

Vollmacht (liegt bei)

Mandantenfragebogen (liegt bei)