

MUSTER SELBSTAUSKUNFT ZUM ANTRAG AUF FESTSTELLUNG EINES GRADES DER BEHINDERUNG (GDB)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Aktenzeichen (falls vorhanden): _____

Datum: _____

Persönliche Schilderung meiner gesundheitlichen Einschränkungen

Sehr geehrte Damen und Herren, ergänzend zu meinem Antrag möchte ich meine gesundheitlichen Einschränkungen aus meiner persönlichen Sicht schildern.

1. Welche Erkrankungen schränken mich im Alltag ein?

.....

2. Wie sieht ein typischer Tag bei mir aus?

Beschreiben Sie Ihren Alltag möglichst ehrlich.

.....

3. Welche Tätigkeiten fallen Ihnen schwer oder sind nicht mehr möglich?

☐ Haushalt ☐ Einkaufen ☐ Kochen ☐ Körperpflege ☐ Treppensteigen ☐ Autofahren ☐ Arbeiten
☐ Freizeit ☐ Sonstiges: _____

.....

4. Körperliche Belastbarkeit

Stehen: ☐ unter 5 Min. ☐ 5–15 Min. ☐ 15–30 Min. ☐ länger

Gehen: ☐ wenige Meter ☐ bis 100 m ☐ bis 500 m ☐ länger

Sitzen: ☐ unter 15 Min. ☐ 15–30 Min. ☐ 30–60 Min. ☐ länger

5. Belastungsintoleranz (PEM)

Tritt nach körperlicher oder geistiger Belastung eine Verschlechterung auf? ☐ Ja ☐ Nein

Belastung: _____ Beginn: _____

Dauer: _____

Beschwerden: _____

6. Konzentration und geistige Belastbarkeit

☐ Konzentration ☐ Gedächtnis ☐ Lesen ☐ Gespräche ☐ Bildschirmarbeit ☐ Reizüberflutung
☐ Wortfindungsstörungen

.....

7. Kreislaufbeschwerden

☐ Schwindel ☐ Herzrasen ☐ Schwarzwerden vor den Augen ☐ Ohnmachtsgefühl ☐ POTS
☐ Orthostatische Intoleranz

.....

8. Hilfe im Alltag

☐ nein ☐ gelegentlich ☐ täglich ☐ mehrmals täglich

Wobei? _____

9. Berufliche Auswirkungen

.....

10. Weitere Einschränkungen

.....

Abschließende Erklärung

Ich habe die oben genannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Sie sollen einen möglichst realistischen Eindruck meiner gesundheitlichen Situation und der Auswirkungen auf meinen Alltag vermitteln.

Ort, Datum

Unterschrift