

# Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz Rheinland-Pfalz (LBlindenGG)

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum und -ort

wohnhaft

Telefon-Nr.

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  getrennt lebend / geschieden

Name und Vorname des nächsten Angehörigen

Verwandtschaftsverhältnis

wohnhaft

Telefon-Nr.

Sind oder waren Sie oder Ihr Ehegatte im öffentlichen Dienst beschäftigt? (Bei Kindern: ein Elternteil)

nein

als Beamter

Besteht Beihilfeanspruch?

ja, welche Dienststelle

als Angestellter/Arbeiter

(auch Pauschalbeihilfe)

Ja

Nein

Name, Vorname, Anschrift des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (Bestellungsurkunde / Vollmacht beifügen)

**Ursache der Sehbehinderung:**  von Geburt  Unfall  Krankheit  Kriegseinwirkung

sonstiges (bitte angeben):

Die Behinderung wurde bisher behandelt von (bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und augenfachärztliche Bescheinigung beifügen)

**Bei Unfall oder anderen Schadensereignissen:**

Bestehen Ansprüche auf Schmerzensgeld oder Schadenersatz gegen Dritte?

Nein

Ja (Name, Anschrift)

**Wird eine Einrichtung besucht?**

Nein

Ja, folgende

Kindergarten/Sonderkindergarten

Schule/Sonderschule

Werkstatt für Behinderte

Alten-/Pflegeheim/Kurzzeitpflege

Tages-/Nachtpflege

sonstige Betreuungsstätte

Internat

Name und Anschrift der Einrichtung

**Werden Pflegeleistungen bezogen?**     Ja                       Nein                       Beantragt  
(bei allen Leistungsarten Kopie des Bescheides beifügen)

1. Pflegegeld/-leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)
2. Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII
3. Pflegeleistungen der Berufsgenossenschaften
4. Sonstige Pflegeleistungen (z.B. Haftpflichtleistungen oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) oder dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) bzw. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften

EUR

Name und Anschrift der Krankenkasse / Pflegekasse und / oder Beihilfestelle

--

Erhalten Sie eine Versorgungsrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z.B. Grundrente, Ausgleichsrente ? (diese wird von der Bundeskasse Trier gezahlt und gilt für Kriegsbeschädigte oder Kriegshinterbliebene)

Ja                       Nein

Wurde bereits in der Vergangenheit ein Antrag auf Landesblindengeld gestellt?

Ja                       Nein

#### Angaben zur Zahlung des Landesblindengeldes

Name des Kreditinstituts

--

IBAN

BIC

Kontoinhaber

--	--	--

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistungen überwiesen werden, mit Wirkung auf meine Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung der Landesblindengeldstelle der Kreisverwaltung Altenkirchen zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückzahlung überzahlter Beträge erforderlich sind.

**Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.**

**Mir ist bekannt, dass ich gesetzlich verpflichtet bin, der Kreisverwaltung Altenkirchen**

- a) **jede Änderung der Umstände, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegegeldleistungen, Umzug oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen.**
- b) **Überzahlte Beträge sind zu erstatten, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannten Mitteilungspflichten nicht beachtet wurden.**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers  
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

**Antrag auf Gewährung von Landesblindengeld  
nach dem Landesblindengeldgesetz Rheinland-Pfalz (LBlindenGG)**

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum und -ort

wohnhaft

Telefon-Nr.

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  getrennt lebend / geschieden

Name und Vorname des nächsten Angehörigen

Verwandtschaftsverhältnis

wohnhaft

Telefon-Nr.

Sind oder waren Sie oder Ihr Ehegatte im öffentlichen Dienst beschäftigt? (Bei Kindern: ein Elternteil)

nein  als Beamter  als Angestellter/Arbeiter  Bestehende Beihilfeanspruch?  
 ja, welche Dienststelle  (auch Pauschalbeihilfe)

Ja  Nein

Name, Vorname, Anschrift des Betreuers bzw. Bevollmächtigten (Bestellungsurkunde / Vollmacht beifügen)

**Ursache der Sehbehinderung:**  von Geburt  Unfall  Krankheit  Kriegseinwirkung

sonstiges (bitte angeben):

Die Behinderung wurde bisher behandelt von (bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und augenfachärztliche Bescheinigung beifügen)

**Bei Unfall oder anderen Schadensereignissen:**

Bestehen Ansprüche auf Schmerzensgeld oder Schadenersatz gegen Dritte?

Nein  Ja (Name, Anschrift)

**Wird eine Einrichtung besucht?**

Nein

Ja, folgende

Kindergarten/Sonderkindergarten

Schule/Sonderschule

Werkstatt für Behinderte

Alten-/Pflegeheim/Kurzzeitpflege

Tages-/Nachtpflege

sonstige Betreuungsstätte

Internat

Name und Anschrift der Einrichtung

**Werden Pflegeleistungen bezogen?**  Ja  Nein  Beantragt  
(bei allen Leistungsarten Kopie des Bescheides beifügen)

1. Pflegegeld/-leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)
2. Blindenhilfe nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) XII
3. Pflegeleistungen der Berufsgenossenschaften
4. Sonstige Pflegeleistungen (z.B. Haftpflichtleistungen oder Pflegezulage nach dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) oder dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG) bzw. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften

EUR

Name und Anschrift der Krankenkasse / Pflegekasse und / oder Beihilfestelle

--

Erhalten Sie eine Versorgungsrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), z.B. Grundrente, Ausgleichsrente ? (diese wird von der Bundeskasse Trier gezahlt und gilt für Kriegsbeschädigte oder Kriegshinterbliebene)

Ja  Nein

Wurde bereits in der Vergangenheit ein Antrag auf Landesblindengeld gestellt?

Ja  Nein

### Angaben zur Zahlung des Landesblindengeldes

Name des Kreditinstituts

--

IBAN

BIC

Kontoinhaber

--	--	--

Ich ermächtige das Geldinstitut, an das die Leistungen überwiesen werden, mit Wirkung auf meine Erben und etwaigen Verfügungsberechtigten gegenüber, überzahlte Beträge auf Anforderung der Landesblindengeldstelle der Kreisverwaltung Altenkirchen zurückzuzahlen und Auskünfte zu erteilen, die zur Rückzahlung überzahlter Beträge erforderlich sind.

**Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.**

**Mir ist bekannt, dass ich gesetzlich verpflichtet bin, der Kreisverwaltung Altenkirchen**

- a) jede Änderung der Umstände, die für die Gewährung des Landesblindengeldes maßgebend sind, unverzüglich und unaufgefordert mitzuteilen. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegegeldleistungen, Umzug oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen.
- b) Überzahlte Beträge sind zu erstatten, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannten Mitteilungspflichten nicht beachtet wurden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers  
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

## **Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

Ich entbinde hiermit alle Ärzte; Kliniken, ärztliche Gutachter und den medizinischen Dienst der Krankenkassen von der ärztlichen Schweigepflicht für die im Rahmen des Landesblindengeldgesetzes benötigten Auskünfte gegenüber dem zuständigen Leistungsträger. Ich ermächtige hiermit meine Kranke-/Pflegekasse bzw. Beihilfestelle und das Amt für soziale Angelegenheiten, alle medizinischen Unterlagen – insbesondere die Bescheide über den Bezug von Pflegeleistungen und die Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen – der Kreisverwaltung Altenkirchen zur Verfügung stellen, soweit dies für die Bewilligung und Zahlung des Blindengeldes erforderlich ist.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Antragstellers/gesetzlicher Vertreter

Anlage zum Antrag  
auf Gewährung von Landesblindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz für  
Rheinland-Pfalz -LBlindenGG- vom 28.03.1995 in der zur Zeit gültigen Fassung

(Name des Arztes)

(Datum)

(Anschrift des Arztes)

### Augenfachärztliche Bescheinigung

#### Personalien

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Wohnort, Straße, Hausnummer)

#### Erblindung

Liegt völlige Erblindung vor?  ja  nein

wenn ja, seit wann?

Ursache:

#### Sonstige Begünstigte Personen

a) deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt

oder

b) bei denen durch Buchst. a) nicht erfasste, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von einem solchen Schweregrad vorliegen, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe nach Buchst. a) gleichzuachten sind.

Liegen die Voraussetzungen zu a) oder b) vor?  ja  nein

Wenn ja, dann konkrete Angabe:

a) genaue Sehschärfe des besseren Auges:

b) Begründung unter Angabe von Art, Diagnose, Sehtest und evtl. Gesichtsfeldeinschränkung erforderlich (s. Erläuterungen im Anhang)

  
  

Seit wann besteht das Augenleiden?

Welche Behandlungsmaßnahmen wurden bisher durchgeführt?

  

Ist bei normalem Lauf der Dinge eine Besserung des Augenleidens zu erwarten?

nein  ja

wenn ja, a) welche Behandlungsmaßnahmen werden vorgeschlagen?

b) wann ist eine Nachuntersuchung erforderlich?

Weitere Ausführungen des Arztes (falls erforderlich):

  

(Unterschrift des behandelnden Arztes)

(Stempel des behandelnden Arztes)

## Richtlinien der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft

Eine der Herabsetzung der Sehschärfe auf 1/50 oder weniger vergleichbare Sehschädigung liegt vor:

1. Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
2. Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
- 2a. Bei einer Einengung des Gesichtsfeldes, wenn bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5° vom Zentrum entfernt ist, wobei Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt bleiben.
3. Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes, auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50° unberücksichtigt.
4. Bei großen Skotomen im zentralen Gesichtsfeldbereich, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist.
5. Bei homonymen Hemianopien mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
6. Bei bitemporalen Hemianopien mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene binokulare Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
7. Diejenigen Sehschädigungen, die nach Ansicht des Untersuchers einer Sehschärfeherabsetzung auf 1/50 gleichkommen, die aber durch die vorstehenden Abgrenzungen nicht erfasst sind, müssen einer vom Land zu bestimmenden Gutachterstelle (z.B. den Landesaugenärzten) vorgestellt werden. Das gleiche gilt in allen Zweifelsfällen.

Der Beurteilung ist die Sehschärfe des besseren Auges und das binokulare Gesichtsfeld zugrunde zu legen. In Zweifelsfällen ist bei der Bewertung des Gesichtsfeldes diejenige Isoptere maßgebend, die mit einem Prüfpunkt von 320 cd/m<sup>2</sup> (1.000 asb) Leuchtdichte und einem Durchmesser von 30 gewonnen worden ist (am Perimeter nach Goldmann entspricht dies Marke III/4).

Die Ausmessung bzw. Abschätzung des blinden Bereiches in der unteren Gesichtsfeldhälfte bei Punkt 4 soll auf dem Perimeterformular und nicht in der Perimeterkugel geschehen.