

Stammdatenschema S03000025

Metadatum Inhalt

ID S03000025

Struktur

- 1 G03000163 Antragsstellende Person
 - 1 F03000155 Antragsstellung durch: Text aus Codeliste: Antragsteller
Wer stellt den Antrag?
 - 0:1 G03000090 Stellvertreter/in
 - 0:1 F03000453 Name Institution: Text{{"minLength":"0","maxLength":"255"}}
Institution
 - 1 F60000227V1.1 Familienname: Text{{"minLength":"1","maxLength":"120"}}
 - 0:1 F03000648 Namenszusatz: Text{{"minLength":"0","maxLength":"255"}}
 - 0:1 F03000649 Akademischer Grad: Text{{"minLength":"1","maxLength":"255"}}
 - 1 F60000006V0.2 Vorname: Text{{"minLength":"1","maxLength":"80"}}
 - 1 F60000243V1.1 Straße: Text{{"minLength":"1","maxLength":"55"}}
 - 1 F60000244V1.2 Hausnummer: Text{{"minLength":"1","maxLength":"11"}}
 - 1 F60000246V1.1 Postleitzahl: Text{{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3},"maxLength":"5"}}
 - 1 F60000247V1.1 Ort: Text{{"minLength":"1","maxLength":"50"}}
 - 0:1 F60000248V1.1 Anschrift Zusatzangaben: Text{{"minLength":"1","maxLength":"21"}}
Adresszusatz
 - 0:1 F60000240V1.1 Telefon: Text{{"minLength":"1","maxLength":"23"}}
Telefonnummer
 - 0:1 F60000242V1.1 E-Mail: Text{{"minLength":"6","pattern":"[A-Za-z0-9._%+-]@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$","maxLength":"254"}}
E-Mail-Adresse
 - 0:* F03004196 Nachweis/Kopie der Vollmacht: Anlage
 - 0:* F03004194 Nachweis/Kopie der Bestellsurkunde/Betreuerausweis/ Vorsorgevollmacht: Anlage
 - 0:* F03004195 Nachweis/Kopie der gesetzlichen Vertretung: Anlage
Nachweis/Kopie der gesetzlichen Vertretung (bei Eltern minderjähriger Kinder nicht erforderlich, bitte in dem Fall „Ich versichere, dass ich die fehlenden Anhänge per Post nachreiche“ auswählen)
 - 1 G03000156 Betroffene Person
 - 1 F60000227V1.1 Familienname: Text{{"minLength":"1","maxLength":"120"}}
 - 0:1 F03000648 Namenszusatz: Text{{"minLength":"0","maxLength":"255"}}
 - 0:1 F03000649 Akademischer Grad: Text{{"minLength":"1","maxLength":"255"}}
 - 1 F60000006V0.2 Vorname: Text{{"minLength":"1","maxLength":"80"}}
 - 0:1 F60000003V0.2 Geburtsname: Text{{"minLength":"1","maxLength":"120"}}
 - 1 F03000647 Geburtsdatum: Datum
 - 1 F60000332V1.2 Geschlecht : Text aus Codeliste: geschlecht
Geschlecht
 - 1 F03008921 Staatsangehörigkeit: Text aus Codeliste: Staatsangehörigkeit(falsche Reihenfolge)
 - 1 F60000243V1.1 Straße: Text{{"minLength":"1","maxLength":"55"}}
 - 1 F60000244V1.2 Hausnummer: Text{{"minLength":"1","maxLength":"11"}}
 - 1 F03007763 Land: Text aus Codeliste: Staat
 - 0:1 F03008955 Bundesland: Text aus Codeliste: Bundesland(SBA)
 - 0:1 F03009029 Postleitzahl: Text
 - 0:1 F03008953 Postleitzahl Ausland: Text{{"minLength":"0","maxLength":"255"}}
 - 0:1 F03009030 Ort: Text
 - 0:1 F03008957 Ort Ausland: Text{{"minLength":"0","maxLength":"255"}}
 - 0:1 F60000248V1.1 Anschrift Zusatzangaben: Text{{"minLength":"1","maxLength":"21"}}
Adresszusatz
 - 0:1 F60000240V1.1 Telefon: Text{{"minLength":"1","maxLength":"23"}}
Telefonnummer
 - 0:1 F60000241V1.1 Telefax: Text{{"minLength":"1","maxLength":"23"}}
Telefaxnummer

- 0:1 F60000242V1.1 E-Mail: Text{"minLength": "6", "pattern": "[A-Za-z0-9._%+~]+@[A-Za-z0-9.-]+\.[A-Za-z]{1,63}\$", "maxLength": "254"}
E-Mail-Adresse
- 0:1 F03000151 Steueridentifikationsnummer: Text{"minLength": "0", "maxLength": "11"}
- 1 F03008958 Ist Ihr Arbeitsplatz durch die Behinderung akut gefährdet?: Wahrheitswert
- 0:1 G03003210 Anlagen für ausländische Antragsteller (SGB IX)
 - 1:* F03000489 Nachweis / Kopie amtliche Bescheinigung zum rechtmäßigen Aufenthaltstitel: Anlage
- 0:1 G03000266 Grenzarbeitnehmerin / Grenzarbeitnehmer
 - 1 F03000652 Gehen Sie einer Beschäftigung in Niedersachsen nach?: Wahrheitswert
 - 0:1 G03000267 Angabe des Arbeitgeberortes (Grenzarbeitnehmer)
Angabe des Arbeitgeberortes
 - 1 F03000653 Bitte geben Sie hier die Arbeitsstätte in Niedersachsen an: Text{"minLength": "0", "maxLength": "255"}
 - 0:* F03000658 Nachweis/ Kopie Arbeitsbescheinigung der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers: Anlage
 - 0:* F03008960 Nachweis über Ihren Wohnsitz: Anlage
- 1 G03000159 Vorherige Feststellung einer Behinderung
 - 1 G03000157 Angaben zur bisherigen Antragstellung auf Feststellung eines Grades der Behinderung
 - 1 F03000315 Wurde bereits ein Antrag auf Feststellung eines Grades der Behinderung gestellt?: Text aus Codeliste: AntragGradBehinderung(SBA)
 - 0:1 F03000660 Aktenzeichen: Text{"minLength": "0", "maxLength": "30"}
Bitte geben Sie das Aktenzeichen der vorherigen Feststellung einer Behinderung für die betroffene Person an
 - 0:1 F03008584 Aktenzeichen: Text{"minLength": "0", "maxLength": "255"}
 - 0:1 G03000158 Angaben zur Behörde
 - 1 F03000342 Name der Behörde: Text{"minLength": "0", "maxLength": "255"}
 - 0:1 F60000243V1.1 Straße: Text{"minLength": "1", "maxLength": "55"}
 - 0:1 F60000244V1.2 Hausnummer: Text{"minLength": "1", "maxLength": "11"}
 - 0:1 F60000246V1.1 Postleitzahl: Text{"minLength": "5", "pattern": "([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){1}[0-9]{3}", "maxLength": "5"}
 - 1 F60000247V1.1 Ort: Text{"minLength": "1", "maxLength": "50"}
 - 1:* F03009009 Nachweis zu vorherigen Feststellungen einer Behinderung: Anlage
 - 0:1 G03000160 Angaben zum ehemaligen Wohnort
Bitte geben Sie Ihre ehemalige Wohnanschrift an:
 - 1 F60000243V1.1 Straße: Text{"minLength": "1", "maxLength": "55"}
 - 1 F60000244V1.2 Hausnummer: Text{"minLength": "1", "maxLength": "11"}
 - 1 F60000246V1.1 Postleitzahl: Text{"minLength": "5", "pattern": "([0]{1}[1-9]{1}){1}([1-9]{1}[0-9]{1}){1}[0-9]{3}", "maxLength": "5"}
 - 1 F60000247V1.1 Ort: Text{"minLength": "1", "maxLength": "50"}
 - 1 G03000181 Art der Feststellung (SBA)
Art der Feststellung
 - 1 F03000370 Antragsart (SGB IX): Text aus Codeliste: Antragsart
Wird der Antrag auf Erstfeststellung oder auf Neufeststellung gestellt?
 - 0:1 G03000184 Angaben zum Neufeststellungsantrag
 - 0:1 F03000373 Geschäftszeichen (SGB IX): Text{"minLength": "0", "maxLength": "20"}
Bitte geben Sie das Geschäftszeichen der vorherigen Feststellung einer Behinderung für die betroffene Person an
 - 1:2 F03009011 Warum wird der Antrag auf Neufeststellung gestellt?: Text
 - 0:1 G03000185 Nähere Angaben zur gesundheitlichen Beeinträchtigung beim Neufeststellungsantrag
 - 1 F03000371 Frage Verschlimmerung der Gesundheit: Wahrheitswert
Haben sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seit der letzten Feststellung verschlimmert?
 - 1 F03000372 Angabe, ob weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen eingetreten sind: Wahrheitswert
Sind seit der letzten Feststellung weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen eingetreten?

- 1 G03000174 Beantragung von Merkzeichen
 - 0:1 G03000259 Merkzeichenauswahl
 - 0:1 F03000263 Merkzeichen G - erhebliche Gehbehinderung: Wahrheitswert
 - 0:1 F03000264 Merkzeichen aG - außergewöhnliche Gehbehinderung: Wahrheitswert
 - 0:1 F03000265 Merkzeichen H - Hilflosigkeit: Wahrheitswert
 - 0:1 F03000266 Merkzeichen RF - Ermäßigung des Rundfunkbeitrags: Wahrheitswert
 - 0:1 F03000267 Merkzeichen B - Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson: Wahrheitswert
 - 0:1 F03000269 Merkzeichen GI - Gehörlosigkeit: Wahrheitswert
 - 0:1 F03000270 Merkzeichen TBI - Taubblindheit: Wahrheitswert
 - 0:1 F03000268 Merkzeichen BI - Blindheit: Wahrheitswert
 - 0:1 F03009012 Möchten Sie die Gewährung des Landesblindengeldes beantragen?: Wahrheitswert
- 1 G03000161 Anträge Berufsgenossenschaft
 - 1 F03000345 Frage Antrag auf Gesundheitsstörungen: Wahrheitswert
Wurde bei einer Berufsgenossenschaft oder einer Behörde ein Antrag auf Anerkennung von Gesundheitsstörungen als Berufskrankheit/Arbeits- bzw. Dienstanfall oder nach dem Sozialen Entschädigungsrecht gestellt?
 - 0:1 F03000660 Aktenzeichen: Text[{"minLength":"0","maxLength":"30"}]
Bitte geben Sie das Aktenzeichen der vorherigen Feststellung einer Behinderung für die betroffene Person an
 - 0:1 F03000343 Gesundheitliche Beeinträchtigung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"1024"}]
Welche Gesundheitsstörung(en) wurden dort festgestellt bzw. geltend gemacht?
 - 0:1 F03000344 Vorläufige Entscheidung: Text aus **Codeliste**: vorläufige Entscheidung
Wünschen Sie vom Landessozialamt eine vorläufige Entscheidung?
 - 0:1 G03000158 Angaben zur Behörde
 - 1 F03000342 Name der Behörde: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
 - 0:1 F60000243V1.1 Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
 - 0:1 F60000244V1.2 Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
 - 0:1 F60000246V1.1 Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
 - 1 F60000247V1.1 Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
 - 1:* F03009009 Nachweis zu vorherigen Feststellungen einer Behinderung: Anlage
- 1 G03000162 Rentenanträge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit
 - 1 F03000346 Frage Rentenantrag: Wahrheitswert
Wurde bereits ein Rentenantrag wegen verminderter Erwerbstätigkeit für die betroffene Person gestellt?
 - 0:1 F03000343 Gesundheitliche Beeinträchtigung: Text[{"minLength":"0","maxLength":"1024"}]
Welche Gesundheitsstörung(en) wurden dort festgestellt bzw. geltend gemacht?
 - 0:1 F03000510 Versicherungsnummer: Text[{"minLength":"0","maxLength":"25"}]
Bitte geben Sie die Rentenversicherungsnummer der betroffenen Person an
 - 0:1 G03003205 Angaben zur Behörde
 - 1 F03000342 Name der Behörde: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
 - 0:1 F60000243V1.1 Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
 - 0:1 F60000244V1.2 Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
 - 0:1 F60000246V1.1 Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
 - 1 F60000247V1.1 Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]
- 1 G03000166 Anträge Feststellung Pflegegrad
 - 1 F03000348 Pflegegradfeststellung: Text aus **Codeliste**: Pflegegrad(SBA)
Wurde bereits ein Antrag auf Feststellung eines Pflegegrades für die betroffene Person gestellt?
 - 0:1 F03000350 Pflegegrad: Text aus **Codeliste**: Pflegegrad
Bitte geben Sie den festgestellten Pflegegrad an
 - 0:1 F03009010 Krankenversicherungsnummer: Text[{"minLength":"0","maxLength":"25"}]
Bitte geben Sie die Krankenversicherungsnummer der betroffenen Person an
 - 0:1 G03000167 Angaben zur Kranken-/Pflegekasse
 - 1 F03000351 Name der Kranken-/Pflegekasse: Text[{"minLength":"0","maxLength":"255"}]
 - 0:1 F60000243V1.1 Straße: Text[{"minLength":"1","maxLength":"55"}]
 - 0:1 F60000244V1.2 Hausnummer: Text[{"minLength":"1","maxLength":"11"}]
 - 0:1 F60000246V1.1 Postleitzahl: Text[{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3}","maxLength":"5"}]
 - 1 F60000247V1.1 Ort: Text[{"minLength":"1","maxLength":"50"}]

- 0:* **G03000091** Dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen
 - 1 **F03000157** Gesundheitliche Beeinträchtigung: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
Bitte geben Sie die dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigung an
 - 0:1 **F03009013** Handelt es sich bei dieser Beeinträchtigung um: Text aus **Codeliste: Beeinträchtigung(SBA)**
 - 1 **F03000161** Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigung: Text aus **Codeliste: Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigung**
Bitte geben Sie die Ursache für Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung an.
 - 0:* **F03009014** Nachweis/Kopie Arzt-, Krankenhaus-, Reha-Berichte, Gutachten, EKG, Laborbefunde: Anlage
- 1 **G03003206** Einschränkung Prüfung gesundheitlicher Beeinträchtigungen
 - 1 **F03009015** Frage Umfang gesundheitlicher Beeinträchtigungen: Wahrheitswert
Soll der Antrag alle bestehenden dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen umfassen?
 - 0:1 **F03009016** Bitte geben Sie die dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen an: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
Bitte geben Sie die dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen an, die bei der Feststellung nicht berücksichtigt werden sollen.
- 1 **G03000165** Hausärztin / Hausarzt
 - 1 **G03000175** Angaben zur Behandlung durch Hausärztin/Hausarzt
 - 1 **G03000164** Angaben zur/zum Hausärztin/Hausarzt
 - 0:1 **F03000363** ärztliche Person aus Ärzteverzeichnis selektieren: Text
Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis die/den Ärztin/Arzt aus:
 - 0:1 **F03000657** kein Eintrag im Ärzteverzeichnis: Wahrheitswert
Die/der Ärztin/Arzt ist nicht im Ärzteverzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.
 - 0:1 **F03000650** Titel: Text{"minLength":"1","maxLength":"119"}
Akademischer Grad/Titel
 - 0:1 **F03000347** Name Hausärztin/Hausarzt: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
 - 0:1 **F60000006V0.2** Vorname: Text{"minLength":"1","maxLength":"80"}
 - 0:1 **F03000360** Fachrichtung: Text aus **Codeliste: Fachrichtung**
 - 0:1 **F60000243V1.1** Straße: Text{"minLength":"1","maxLength":"55"}
 - 0:1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text{"minLength":"1","maxLength":"11"}
 - 0:1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}{3}","maxLength":"5"}
 - 0:1 **F60000247V1.1** Ort: Text{"minLength":"1","maxLength":"50"}
 - 0:* **G03000169** Angaben zur Behandlung durch Fachärztin/Facharzt
 - 0:1 **F03000363** ärztliche Person aus Ärzteverzeichnis selektieren: Text
Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis die/den Ärztin/Arzt aus:
 - 0:1 **F03000657** kein Eintrag im Ärzteverzeichnis: Wahrheitswert
Die/der Ärztin/Arzt ist nicht im Ärzteverzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.
 - 0:1 **G03000170** Angaben zur/zum Fachärztin/Facharzt
 - 0:1 **F03000650** Titel: Text{"minLength":"1","maxLength":"119"}
Akademischer Grad/Titel
 - 1 **F03000359** Name Fachärztin/Facharzt: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
 - 0:1 **F60000006V0.2** Vorname: Text{"minLength":"1","maxLength":"80"}
 - 0:1 **F03000360** Fachrichtung: Text aus **Codeliste: Fachrichtung**
 - 0:1 **G03000172** Anschrift
 - 1 **F60000243V1.1** Straße: Text{"minLength":"1","maxLength":"55"}
 - 1 **F60000244V1.2** Hausnummer: Text{"minLength":"1","maxLength":"11"}
 - 1 **F60000246V1.1** Postleitzahl: Text{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1}){0-9}{3}","maxLength":"5"}
 - 1 **F60000247V1.1** Ort: Text{"minLength":"1","maxLength":"50"}
 - 1:* **F03000436** Angegebene gesundheitliche Beeinträchtigung selektieren: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
Aufgrund welcher der zuvor aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigungen waren Sie in Behandlung?
 - 0:1 **F03000353** Behandlungszeitraum von: Datum
 - 0:1 **F03000354** Behandlungszeitraum bis: Datum
 - 0:1 **F03000361** Angabe, ob Unterlagen bei/beim Hausärztin/Hausarzt: Wahrheitswert
Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?

- 0:* G03000168 Angaben zur Behandlung im Krankenhaus
 - 0:1 F03000362 Krankenhaus aus dem Verzeichnis selektieren: Text
Bitte wählen Sie aus dem Verzeichnis das Krankenhaus aus:
 - 0:1 F03000678 kein Krankenseintrag im Ärzteverzeichnis: Wahrheitswert
Das Krankenhaus ist nicht im Verzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.
 - 0:1 F03009018 Name behandelnde/behandelnder Ärztin/Arzt: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
 - 0:1 F03000356 Station : Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
Station
 - 0:1 G03000171 Angaben zum Krankenhaus
Angaben zur Behandlung im Krankenhaus
 - 1 F03000358 Name des Krankenhauses: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
 - 0:1 G03000172 Anschrift
 - 1 F60000243V1.1 Straße: Text{"minLength":"1","maxLength":"55"}
 - 1 F60000244V1.2 Hausnummer: Text{"minLength":"1","maxLength":"11"}
 - 1 F60000246V1.1 Postleitzahl: Text{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3},"maxLength":"5"}
 - 1 F60000247V1.1 Ort: Text{"minLength":"1","maxLength":"50"}
 - 1:* F03000436 Angegebene gesundheitliche Beeinträchtigung selektieren: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
Aufgrund welcher der zuvor aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigungen waren Sie in Behandlung?
 - 1 F03000353 Behandlungszeitraum von: Datum
 - 1 F03000354 Behandlungszeitraum bis: Datum
 - 0:1 F03000361 Angabe, ob Unterlagen bei/ beim Hausärztin/Hausarzt: Wahrheitswert
Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?
- 0:* G03000177 Angaben zur Reha- und Anschlussbehandlungen
 - 0:1 F03000435 Rehaklinik aus dem Verzeichnis selektieren: Text
Bitte wählen Sie die Rehaklinik aus dem Verzeichnis aus:
 - 0:1 F03000679 kein Rehaklinikeintrag im Ärzteverzeichnis: Wahrheitswert
Die Rehaklinik ist nicht im Verzeichnis enthalten. Ich möchte die Daten manuell eingeben.
 - 0:1 G03000178 Angaben zur Reha- und Anschlussbehandlungen
 - 1 F03000367 Name der Rehaklinik: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
 - 1 G03000172 Anschrift
 - 1 F60000243V1.1 Straße: Text{"minLength":"1","maxLength":"55"}
 - 1 F60000244V1.2 Hausnummer: Text{"minLength":"1","maxLength":"11"}
 - 1 F60000246V1.1 Postleitzahl: Text{"minLength":"5","pattern":"([0]{1}[1-9]{1}[1-9]{1}[0-9]{1})[0-9]{3},"maxLength":"5"}
 - 1 F60000247V1.1 Ort: Text{"minLength":"1","maxLength":"50"}
 - 1 F03000368 Kostenträger: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
 - 0:1 F03009019 Versicherungsnummer: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
 - 1:* F03000436 Angegebene gesundheitliche Beeinträchtigung selektieren: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
Aufgrund welcher der zuvor aufgeführten gesundheitlichen Beeinträchtigungen waren Sie in Behandlung?
 - 1 F03000353 Behandlungszeitraum von: Datum
 - 1 F03000354 Behandlungszeitraum bis: Datum
 - 0:1 F03000361 Angabe, ob Unterlagen bei/ beim Hausärztin/Hausarzt: Wahrheitswert
Wurden Befunde / Unterlagen zu der gesundheitlichen Beeinträchtigung der/dem Hausärztin/Hausarzt übergeben?
- 1 G03000173 Geltungszeitpunkt der Feststellung
 - 1 F03000170 Geltungszeitraum der Feststellung: Text aus Codeliste: Geltungszeitraum der Feststellung
Ab wann soll die beantragte Feststellung gelten?
 - 0:1 F03000172 Geltungszeitpunkt (rückwirkend): Datum
Bitte geben Sie das Datum an, ab dem die Feststellung rückwirkend gelten soll
 - 0:1 F03000173 Ursache für rückwirkende Geltung: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
Bitte geben Sie das Interesse / den Grund für die rückwirkende Geltung an
- 1 G03003207 Weitere Angaben
 - 1 F03009020 Bitten geben Sie im Folgenden weitere Informationen und Anmerkungen an: Text{"minLength":"0","maxLength":"1024"}
 - 0:1 F03009021 Passbild: Anlage
 - 0:* F03009022 Sonstige Anlagen: Anlage
- 1 G03000221 Schweigepflichtentbindung und Authentifizierung
 - 0:1 F03009023 Auf welche Art möchten Sie die Schweigepflichtentbindung einreichen?: Text aus Codeliste: Schweigepflichtentbindung(SBA)
 - 0:1 F03009024 Auf welche Art möchten Sie die Schweigepflichtentbindung einreichen?: Text aus Codeliste: Schweigepflichtentbindung2(SBA)
 - 0:1 F03009025 Wollen Sie Einschränkungen der Schweigepflichtentbindung aufnehmen?: Text{"minLength":"0","maxLength":"255"}
 - 0:1 F03009026 Ich stimme der Schweigepflichtentbindung in dieser Form zu.: Wahrheitswert
 - 0:1 G03003208 Einwilligung in die Schweigepflichtentbindung digital hochladen
 - 1:20 F03009027 Nachweis/Kopie unterschriebene Schweigepflichtentbindung: Anlage
 - 0:1 G03003209 Rechtlicher Hinweis
 - 1 F03009028 Erklärung: Wahrheitswert
Ich erkläre mich mit der unter 1.18 genannten Entbindung von der Schweigepflicht (vorbehaltlich genannter Einschränkungen) einverstanden.
- 1 G03001503 Mitwirkungspflicht und Datenschutz (LBF)
Mitwirkungspflicht und Datenschutz
 - 1 F03004381 Zustimmung korrekte Angaben : Wahrheitswert
Hiermit versichere ich, die Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen und Gewissen getätigt zu haben und mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.
 - 1 F03004380 Abfrage Datenübermittlung : Wahrheitswert
Stimmen Sie der Datenverarbeitung in dieser Form zu?
 - 0:1 F03006361 Ich widerspreche dieser Übermittlung an Dritte: Wahrheitswert