

**Auflistung bestehender gesundheitlicher Leiden zur Bewertung der Einschränkung der  
Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Grad der Behinderung, GdB)**

Bitte tragen Sie sämtliche gesundheitlichen/psychischen Leiden ein (von der „Haarspitze bis zur Zehenspitze“), nennen Sie deren Häufigkeit und Dauer sowie das Ausmaß und beschreiben Sie die dadurch bedingten Einschränkungen in Ihrem alltäglichen privaten und beruflichen Leben.

	<b>Krankheit/Leiden</b>	<b>Häufigkeit/Dauer</b>	<b>Ausmaß</b>	<b>Einschränkung</b>
<b>z. B.</b>	Psychische Störungen (Psychose)	über 6 Monate	schwer/mittelgradig	mit/ohne sozialen Anpassungsschwierigkeiten, z.B Verlassen der Wohnung nicht möglich, berufliche Tätigkeit eingeschränkt
<b>z. B.</b>	Migräne	Täglich / 2-3x Woche	sehr stark	Schwindelgefühl, benötige Stille & Dunkelheit
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				

<b>5</b>				
<b>6</b>				
<b>7</b>				
<b>8</b>				
<b>9</b>				
<b>10</b>				
<b>11</b>				

bitte ggf. auf gesondertem Blatt fortsetzen