



Wir haben für Sie geöffnet:	Eingangsstempel	Bitte für Vermerke freihalten
montags und mittwochs 8:00 - 15:30 Uhr dienstags geschlossen donnerstags 8:00 - 18:00 Uhr freitags 8:00 - 13:00 Uhr und nach besonderer Vereinbarung		

**Antrag auf Gewährung von Versorgung bei Impfschaden
 oder Gesundheitsschaden durch andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe
 nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen
 (Infektionsschutzgesetz - IfSG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

1 Angaben zur Person

Familienname: _____ Vorname: _____
 Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____
 Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____
Kopie der Geburtsurkunde ggf. Heiratsurkunde bitte beifügen.

Familienstand: _____ seit: _____
 (ledig / verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft / verwitwet / geschieden)

Zahl der Kinder: _____

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt: _____
 (Postleitzahl und Wohnort, Straße und Hausnummer)
Meldebescheinigung bitte beifügen.

Vor dem Impfschaden ausgeübter Beruf: _____
Nach dem Impfschaden ausgeübter Beruf: _____

Durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen bin ich in meinem derzeitigen Beruf besonders betroffen:
 _____ Nein _____ Ja, Gründe: _____

An Berufsförderungsmaßnahmen bin ich _____ interessiert _____ nicht interessiert, Gründe: _____

Krankenversichert war/bin ich bei:

(von bis Name und Anschrift der Krankenkasse Name und Anschrift des Arbeitgebers)
 Bei Familienversicherung bitte auch Hauptversicherten angeben.

Tagsüber bin ich telefonisch erreichbar unter (diese Angabe ist freiwillig): _____
 Bei Minderjährigen, Bevollmächtigten und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters, Bevollmächtigten, bestellten Vertreters oder Betreuers angeben: _____

(Vorname Familienname, Postleitzahl und Wohnort, Straße und Hausnummer)
Vollmacht, Bestellsurkunde oder Betreuungsausweis bitte beifügen.

2 Angaben zur Schutzimpfung bzw. Maßnahme der spezifischen Prophylaxe und gesundheitlichen Schädigung

Tag und Ort der Impfung/Prophylaxe:

(Datum Gemeinde/Stadt Landkreis Bundesland)

Art der Impfung/Prophylaxe:

(z.B. Diphtherie, Poliomyelitis, Masern, Mumps, Röteln)

Die Impfung/Prophylaxe wurde in einem öffentlichen Impftermin durchgeführt: Nein Ja

Die Impfung/Prophylaxe wurde von einem niedergelassenen Arzt durchgeführt: Nein Ja

(Name und Anschrift des Arztes)

Impfbuch oder Impfbescheinigung bitte beifügen.

Kann ein Impfbuch oder eine Bescheinigung nicht vorgelegt werden, geben Sie bitte an, wer die Impfung/Prophylaxe bestätigen kann:

(Name und Anschrift von Zeugen)

Nach der Impfung/Prophylaxe traten folgende nachteilige Folgen auf:

(erstmals nach wie vielen Tagen/Wochen welche Impfreaktionen / Krankheitserscheinungen)

Folgende Gesundheitsstörungen, die länger als sechs Monate vorliegen, mache ich als Impfschaden geltend:

3 Angaben zur ärztlichen Behandlung

Die Erstbehandlung der Impfreaktionen/des Impfschadens erfolgte durch:

(Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses, Abteilung / Station Datum, von ... bis)

Weitere ambulante und stationäre Behandlungen wegen des geltend gemachten Impfschadens:

(von bis Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses, Abteilung / Station)

Behandelnder Hausarzt:

(seit Name und Anschrift des Arztes)

Die Impfreaktionen/der Impfschaden ist folgendem Gesundheitsamt gemeldet worden:

(Datum Name und Anschrift des Gesundheitsamtes)

Vor dem Impfschaden lagen bereits folgende Gesundheitsstörungen vor:

Ambulante und stationäre Behandlungen **vor dem Impfschaden**:

(von bis Name und Anschrift des Arztes / des Krankenhauses, Abteilung / Station, behandelte Gesundheitsstörung)

4 Angaben zu bestehenden oder beantragten Leistungen

Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beziehe ich:

Nein Ja (bitte Versicherungsträger angeben)

(Art der Rente Name und Anschrift des Versicherungsträgers Aktenzeichen)

Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder nach anderen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, z.B. Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Häftlingshilfegesetz (HHG), Infektionsschutzgesetz (IfSG) besteht:

Nein Ja (bitte Art des Anspruchs und Leistungsbehörde angeben)

(Art und Ursache des Anspruchs Name und Anschrift der leistenden Behörde Aktenzeichen)

Eine Anerkennung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertenrecht (SGB IX) ist durch das Landesamt für Soziales bzw. bei einem Versorgungsamt eines anderen Bundeslandes erfolgt:

Nein Ja (bitte Behörde angeben)

(Name und Anschrift der Behörde Aktenzeichen)

Eine der vorgenannten Leistungen habe ich beantragt (es liegt noch keine abschließende Entscheidung vor):

Nein Ja (bitte angeben welche Leistung beantragt ist und bei welcher Stelle)

(beantragte Leistung Name und Anschrift der Stelle Aktenzeichen)

Wegen des jetzt geltend gemachten Impfschadens ist bereits in der Vergangenheit ein Antrag auf Entschädigung gestellt worden:

Nein Ja (bitte angeben wann und bei welcher Stelle sowie Ergebnis des Verfahrens)

(Datum des Antrags Name und Anschrift der Stelle, Aktenzeichen Art der Entscheidung)

Ergangene Entscheidung bitte beifügen.

5 Bankverbindung

(Geldinstitut) (Bankleitzahl) (Kontonummer)

Kontoinhaber/-in, wenn abweichend von Antragsteller/-in:

(Name und Anschrift)

6 Erklärungen

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Infektionsschutzgesetz gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden.

Änderungen in den Verhältnissen, auch die, die vor Erteilung eines Bescheides eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass das Landesamt für Soziales die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt. Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass bei den im Antrag genannten Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern, Behörden, Dienststellen der Bundeswehr, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen die über mich geführten medizinischen, psychiatrischen, psychoanalytischen und -therapeutischen Unterlagen, Entlassungs-, Zwischenberichte und Röntgenbilder beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen gefertigt wurden und als sogenannte Fremdbefunde überlassen worden sind, soweit dies für dieses Verfahren erforderlich ist. Das Einverständnis bezieht sich auch auf die während des Verfahrens bekannt werdenden Sachverhalte und Unterlagen.

Ich entbinde die beteiligten Ärztinnen/Ärzte von der Schweigepflicht und genehmige die Verwertung dieser Unterlagen in diesem Verfahren.

Auch bin ich mit der Auskunftserteilung der von mir genannten Zeugen einverstanden.

7 Hinweise

Die im Antrag verlangten Angaben sind erforderlich, damit das Landesamt für Soziales über den Antrag nach dem Infektionsschutzgesetz entscheiden kann.

Nach § 60 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) sind Antragsteller zur Mitwirkung verpflichtet. Sie haben insbesondere die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben zu machen und der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen. Eine Leistung kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn Antragsteller ihrer Mitwirkungspflichten nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. Zum Beispiel brauchen Angaben nicht gemacht werden, wenn sie den Antragsteller der Gefahr zuziehen würden, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden, soweit dies zur Durchführung der Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz erforderlich ist.

Außerdem weisen wir darauf hin, dass die in diesem Verfahren erhobenen Daten auch an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Pflegeversicherung) für deren gesetzliche Aufgaben sowie an externe medizinische Gutachter/-innen übermittelt werden dürfen, es sei denn Sie widersprechen der Übermittlung (§§ 69, 76 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X).

Anlagen: Kopie der Geburtsurkunde

Meldebescheinigung

(Ort und Datum)

(Unterschrift)