

<p>Wir haben für Sie geöffnet: montags 08:00 bis 15:30 Uhr dienstags 08:00 bis 13:00 Uhr mittwochs 08:00 bis 15:30 Uhr donnerstags 08:00 bis 18:00 Uhr freitags 08:00 bis 13:00 Uhr und nach besonderer Vereinbarung</p>	Eingangsstempel	Bitte für Vermerke freihalten
---	-----------------	-------------------------------

**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: _____

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

Zahl der Kinder: _____

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt:

(Postleitzahl und Wohnort, Straße und Hausnummer)

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)

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)

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)

5 Bankverbindung

(Geldinstitut) (Bankleitzahl) (Kontonummer)

(IBAN) (BIC)

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 ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt. Zum Beispiel brauchen Angaben nicht gemacht zu 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)

Informationen zum Datenschutz

Die folgenden Informationen erläutern Art, Umfang und Zweck der Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sowie Ihrer diesbezüglichen Rechte im Zusammenhang mit der Bearbeitung Ihres Vorganges.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist das Landesamt für Soziales (LAS), Hochstraße 67, 66115 Saarbrücken, 0681 / 9978-0, poststelle@las.saarland.de

2. Datenschutzbeauftragte/Datenschutzbeauftragter

Bei Fragen zum Datenschutz oder dieser Datenschutzerklärung erreichen Sie den Datenschutzbeauftragten des Landesamtes für Soziales, Herrn Dr. Hanno Binkert, unter der Postanschrift: Hochstraße 67 in 66115 Saarbrücken, telefonisch unter 0681 / 9978-2272 oder unter der E-Mail-Adresse datenschutzbeauftragter@las.saarland.de.

3. Verarbeitungszweck und Rechtsgrundlage

Die von Ihnen übermittelten und noch zu übermittelnden personenbezogenen Daten werden beim LAS zur Erfüllung der Aufgabe i. S. d. § 4 Saarländisches Datenschutzgesetz benötigt und ausschließlich zur Bearbeitung Ihres Vorganges verarbeitet. Dies beinhaltet ggf. auch die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei der Durchführung von Erstattungsansprüchen anderer Sozialleistungsträger oder anderer Stellen sowie der Bekämpfung von Leistungsmisbrauch.

Die von Ihnen gemäß § 67 a SGB X erhobenen Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der beantragten Leistung vorliegen (§ 60 Abs. 1 SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§ 66 SGB I).

Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 2 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) i. V. m. § 4 Saarländisches Datenschutzgesetz, § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch, §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch.

Die Daten werden auch für statistische Zwecke verwendet.

4. Empfänger oder Kategorien von Empfängern

Eine Übermittlung einzelner erforderlicher personenbezogener Daten an andere Stellen findet gemäß § 4 Abs. 2 und 3 Saarländisches Datenschutzgesetz nur im Rahmen der gesetzlichen Aufgabenerfüllung statt.

Das bedeutet, dass Ihre Daten vom LAS im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung gem. §§ 67 d ff SGB X an Dritte übermittelt werden, z.B. an andere Sozialleistungsträger i.S.d. § 35 SGB I, Banken, Leistungserbringer, andere Behörden, Außengutachter, Gutachterausschüsse der Landkreise, Gerichte, Versicherungen sowie entsprechende Stellen in anderen EU-Ländern.

5. Speicherdauer

Ihre Daten werden nach der Erhebung so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben gemäß § 84 SGB X für die Abwicklung der Leistungsansprüche sowie möglicher Erstattungs- und Regressansprüche erforderlich ist.

Eine darüber hinausgehende Speicherung erfolgt ausschließlich zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Land außerhalb der EU (Drittland)

Eine Übermittlung an ein Land außerhalb der EU (Drittland) erfolgt nicht.

Soweit ein grenzüberschreitendes Sozialleistungsverhältnis innerhalb der Europäischen Union / Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft / Schweiz vorliegt, ist jedoch eine Übermittlung an die jeweiligen Kontaktstellen des Landes zur Abstimmung vorgeschrieben.

7. Betroffenenrechte gegenüber dem Verantwortlichen

a) Recht auf Auskunft

Sie haben das Recht, vom Verantwortlichen eine Bestätigung zu verlangen, ob personenbezogene Daten, die Sie betreffen, verarbeitet werden.

Liegt eine solche Verarbeitung vor, können Sie Auskunft über alle verarbeiteten Daten verlangen (Art. 15 DSGVO, § 83 SGB X).

b) Recht auf Berichtigung/Vervollständigung

Wenn Sie uns aufzeigen, dass die verarbeiteten personenbezogenen Daten unrichtig oder unvollständig erfasst sind, berichtigen oder vervollständigen wir diese nach Bekanntwerden unverzüglich (Art. 16 DSGVO, § 84 SGB X).

c) Recht auf Löschung

Wenn Sie uns aufzeigen, dass personenbezogene Daten zu Unrecht verarbeitet wurden, veranlassen wir unverzüglich die Löschung der betroffenen Daten (Art. 17 DSGVO, § 84 SGB X). Genauso werden Daten gelöscht, die zur Aufgabenerledigung nicht mehr benötigt werden. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Speicherdauer unter Punkt 5.

d) Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie eine Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen (Art. 18 DSGVO, § 84 SGB X). Dies kommt z. B. dann in Betracht, wenn die Daten vom LAS nicht mehr benötigt werden, Sie diese jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen und eine Löschung der Daten Ihre schutzwürdigen Interessen beeinträchtigen würde.

e) Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen (Art. 21 DSGVO, § 84 SGB X). Der Widerruf kann entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermittelt werden.

f) Recht auf Datenübertragbarkeit

Wenn Sie in die Datenverarbeitung eingewilligt haben und die Datenverarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren durchgeführt wird, steht Ihnen gegebenenfalls ein Recht auf Datenübertragbarkeit zu (Art. 20 DSGVO).

Sollten Sie von Ihren unter Nummer 7 genannten Rechten Gebrauch machen, prüft das LAS, ob die gesetzlichen Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

8. Beschwerderecht

Sie haben ein Beschwerderecht bei einer datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde. Die für die Bearbeitung Ihres Antrags zuständige Aufsichtsbehörde ist das Unabhängige Datenschutzzentrum Saarland, Fritz-Dobisch-Straße 12, 66111 Saarbrücken, 0681 / 94781, poststelle@datenschutz.saarland.de.