

# Antrag auf Gewährung von Versorgung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

wegen eines Impfschadens oder einer anderen Maßnahme der spezifischen Prophylaxe



SACHSEN-ANHALT

Landesverwaltungsamt

Eingangsstempel

Geschäftszeichen

## Hinweis nach § 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG)

Die nachstehend erbetenen personenbezogenen Daten sind erforderlich, um über Ihren Antrag auf Gewährung einer Beschädigten- bzw. Hinterbliebenenversorgung entscheiden zu können (§ 9 des Bundesdatenschutzgesetzes). Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, soweit sie zur Erfüllung der Vorschriften des IfSG erforderlich sind.

**Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig.**

**Sofern der Platz im Formular nicht ausreichend ist, bitte ein separates Ergänzungsblatt verwenden!**

### 1. Angaben zur Person

Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen!

1.1	Name, ggf. frühere Namen/Geburtsname	Namenszusatz	
	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
1.2	Geburtsdatum	Geburtsort/Land	
1.3	Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt <i>(Bitte Meldebestätigung beifügen)</i> Straße, Hausnummer		
	PLZ	Wohnort	
1.4	Familienstand		
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft ist aufgehoben <input type="checkbox"/> verheiratet* <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft* <input type="checkbox"/> Ich lebe von meinem Ehe-/Lebenspartner getrennt. <i>* Bitte Heiratsurkunde, Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen.</i>		
1.5	Telefon-Nr. <i>(freiwillig)</i>	E-Mail <i>(freiwillig)</i>	
	Bei Beantragung von Hinterbliebenenversorgung bitte Angaben zum Verstorbenen <i>(Sterbeurkunde beifügen)</i> Name, Vorname, Geburtsdatum		
1.7	<b>Gesetzlicher Vertreter/Betreuer</b> Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen oder bestellten Vertreters oder Betreuers angeben <i>(ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen)</i>	Name	Vorname
		Straße, Hausnummer	
		PLZ	Wohnort

1.8	derzeitige Tätigkeit	Tätigkeit vor der Schädigung
1.9	Wirken sich die geltend gemachten Gesundheitsstörungen nachteilig auf Ihre(n) Beruf/Tätigkeit aus?	
	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Gründe:
	Sind Sie ggf. an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert?	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, Gründe:

## 2. Angaben zum schädigenden Ereignis und der hierauf beruhenden Gesundheitsstörungen

2.1	Wegen welcher Gesundheitsstörungen beantragen Sie Versorgung?	
2.2	Um welche Impfung oder Prophylaxemaßnahme handelt es sich?	
	Tag der Impfung	
	<input type="checkbox"/> Erstimpfung	<input type="checkbox"/> Wiederholungsimpfung
2.3	Name und Anschrift des Impfarztes	Wo und bei welcher Stelle wurde die Impfung durchgeführt (Land, Stadt, örtliche Dienststelle)?
	Ist eine Meldung wegen Verdachts einer Impfkomplikation an das Gesundheitsamt erfolgt?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2.4	Bestanden (andere) Gesundheitsstörungen schon vor der Impfung/Prophylaxe?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, welche?	
2.5	Waren Sie wegen Erkrankungen von einer Impfung zurückgestellt?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, von wann bis wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen?	
2.6	Sind Krankheiten in der Familie (z.B. bei Eltern, Großeltern, Geschwistern, Kindern) bekannt?	
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, welche und bei wem?	

2.7	Bei Schädigung im Kindesalter			
	Anschrift des Krankenhauses/der Klinik der Entbindung		Personalien der Mutter	
2.8	Zugehörigkeit zu Krankenkassen seit Ihrer Geburt			
	von	bis	Name und Anschrift der Krankenkasse <i>(bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)</i>	
2.9	Stationäre Behandlungen wegen der Folgen der Schutzimpfung/Prophylaxemaßnahmen			
	von	bis	Name und Anschrift der Krankenhäuser	
	Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der Folgen der Schutzimpfung/Prophylaxemaßnahmen			
	von	bis	Name und Anschrift der behandelnden Ärzte	Wegen welcher Erkrankung?
Name und Anschrift des Haus- bzw. Kinderarztes				

### 3. Sonstige Angaben

3.1	Ist schon früher ein Verfahren wegen eines Impfschadens/Prophylaxemaßnahme <i>(auch Heilbehandlung)</i> durchgeführt worden <i>(ggf. wann, von welcher Stelle und mit welchem Ergebnis)</i> ?			
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:			
Aktenzeichen: _____ Haben Sie seinerzeit Leistungen bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				

3.2	Haben Sie wegen der gesundheitlichen Schäden, für die Sie Versorgung beantragen, Schadensersatzansprüche bei dem Impfarzt bzw. seiner Versicherung oder bei dem Arzneimittelhersteller angemeldet?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:
	Aktenzeichen: _____
3.3	Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (z.B. <i>Soldatenversorgungsgesetz, Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz, SED-Unrechtsbereinigungsgesetze</i> ), oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:
	Aktenzeichen: _____
3.4	Sind Behinderungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Schwerbehindertenrecht- festgestellt worden oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:
	Aktenzeichen: _____
3.5	Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, beamtenrechtliches Ruhegeld oder haben Sie solche Leistungen beantragt?
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei:
	Aktenzeichen: _____

**4. Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das folgende Konto überwiesen werden.**

4.1	Geldinstitut	
4.2	IBAN	BIC
4.3	Kontoinhaber/in ( <i>falls nicht mit Antragsteller identisch</i> )	

## 5. Einverständniserklärung und Hinweise

**Ich erkläre mich damit einverstanden**, dass das Landesverwaltungsamt die für die Anspruchsprüfung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen sowie die medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder und andere Unterlagen aus bildgebenden Verfahren) von Ärzten, öffentlichen, freien gemeinnützigen und privaten Krankenanstalten, privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen, Behörden, Gerichten, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen - auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind - in dem Umfang bezieht, wie diese Aufschluss über die von mir geltend gemachten Tatbestände geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

Sollten die beigezogenen medizinischen Befunde keine abschließende Entscheidung über Ihren Antrag ermöglichen und die Durchführung einer ärztlichen Untersuchung/Begutachtung erforderlich sein, bedarf es der Übermittlung/Offenbarung der vorliegenden ärztlichen Unterlagen an den vom Landesverwaltungsamt mit der Untersuchung beauftragten ärztlichen Gutachter.

**Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung meiner Sozialdaten jederzeit formlos widersprechen kann** (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Zehntes Buch Gesetzbuch -SGB X-).

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich mit der Einlegung eines diesbezüglichen Widerspruchs gegen meine Mitwirkungspflichten nach §§ 60 - 66 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) verstoßen würde, was die Entscheidung über meinen Antrag voraussichtlich deutlich erschweren und verzögern bzw. auch zur Versagung oder Entziehung der beantragten oder bisher gewährten Leistung führen könnte.

Ich genehmige die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verfahren.

**Die in diesem Verfahren beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

Die Einwilligung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich evtl. anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

ja       nein\*

\* Können aufgrund einer eingeschränkten oder fehlenden Einverständniserklärung Anspruchsvoraussetzungen nicht nachgewiesen werden, haben Sie die damit verbundenen nachteiligen Folgen zu tragen. Ggf. kann die beantragte Leistung deshalb nicht bewilligt werden.

Einschränkungen\*:

--

Ort, Datum

Unterschrift

Ich versichere, dass ich vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und keinen gleichartigen Antrag bei einer anderen Behörde gestellt habe.

Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückerstattet werden müssen. Soweit Änderungen in den angegebenen Verhältnissen eintreten, werde ich diese dem Landesverwaltungsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

Als Unterlagen sind beigelegt:

<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde	<input type="checkbox"/> Ergänzungsblatt/-blätter	Anzahl: _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Meldebescheinigung	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Impfausweis/-schein	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/gesetzlichen Vertreters