

ANTRAG
 auf Gewährung von **Versorgung wegen Impfschäden** nach dem
 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

1. Familienname, Vorname ggf. Geburtsname	
2. Geburtsdatum	
3. Geburtsort, Kreis, Land	
4. PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer, Telefon	
5. Staatsangehörigkeit(en)	
6. Beruf	a) vor der Schädigung b) jetzt:
7. Familienstand	(Zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch.
a) Name des Ehegatten	Vor- und Zuname: Geburtsname: Geburtstag:
b) Namen der Kinder (mit Geburtstagen)	❶ ❷ ❸

8. Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgungsantrag gestellt?			
9.a) Auf welches schädigendes Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt? (genaue Schilderung mit Angabe von Zeit, Ort und ggf. Zeugen auf extra Blatt dem Antrag beifügen)			
Zeitpunkt (Datum, Uhrzeit)	Ort, Land	Ursache der Gesundheitsstörung	Nachweise, Zeugen (Anschrift)
9.b)	Ist das Gesundheitsamt oder der impfende Arzt von dem Impfschaden unterrichtet worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10.a)	War die Impfung gesetzlich vorgeschrieben, z.B. nach dem Impfgesetz vom 08.04.1874 (RGBl. Seite 31), oder erfolgte sie auf Grund gesetzlicher Anordnung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10.b)	Wurde die Impfung von einer Behörde öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen? Wenn ja, wer hat die Empfehlung ausgesprochen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10.c)	Erfolgte die Impfung auf Grund der Verordnungen zur Ausführung der internationalen Gesundheitsvorschriften? Wenn ja, wurde die Impfung zum Zwecke der Wiedereinreise in die Bundesrepublik Deutschland vorgenommen oder hatten Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in diesem Gebiet und haben Sie ihn nur vorübergehend aus beruflichen Gründen oder zum Zwecke der Ausbildung aufgegeben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
11.	Sofern die Fragen unter Nr. 10 verneint wurden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
a)	Ist der Impfschaden außerhalb der Bundesrepublik Deutschland eingetreten? Wenn ja, weshalb konnten Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
c)	Wurde die Impfung durch einen Arzt vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
d)	Lebten Sie zur Zeit der Impfung in häuslicher Gemeinschaft mit einem Elternteil oder einem Sorgeberechtigten, der sich aus beruflichen Gründen oder zur Ausbildung nicht nur vorübergehend außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgehalten hat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

12.a)	Ist der Impfschaden infolge einer auf Grund des Impfgesetzes vom 08.04.1874 (RGBl. Seite 31) oder in den in § 1 Abs. 2 Nr. 3 des Bundesvertriebenengesetzes (BVFG) bezeichneten Gebieten oder infolge einer in der ehemaligen DDR oder in Berlin (Ost) gesetzlich vorgeschriebenen oder auf Grund eines Gesetzes angeordneten Pockenschutzimpfung eingetreten? (nur beantworten, wenn die Fragen unter Nr. 10 und 11 verneint werde)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.b)	Haben Sie als Vertriebener, Flüchtling oder durch Familienzusammenführung (§§ 1, 3 und 94 BVFG) Ihren ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland genommen? (entsprechender Nachweis ist beizufügen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.c)	Wird wegen des Impfschadens auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften bereits eine Entschädigung gewährt? (ggf. ist der Bescheid beizufügen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13. In welchen Krankenhäusern, Sanatorien usw. wurden Sie wegen der unter Nr. 8 aufgeführten Gesundheitsstörungen ärztlich behandelt? (möglichst genaue Angaben sind erforderlich, mindestens nach Jahr und Monat)			
von	bis	Ort	Bezeichnung des Krankenhauses

14. Bei Schädigung im Kindesalter Anschrift des Krankenhauses- bzw. der Klinik der Entbindung (hierzu wird auch um Angabe der Personalien der Mutter und sofern bekannt, um den Namen des Arztes gebeten)
Klinik:
Personalien der Mutter:

15. Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der unter Nr. 8 aufgeführten Gesundheitsstörungen						
von	bis	Krankheit	Behandelnder Arzt	arbeitsunfähig von bis		Von welcher Krankenkasse wurden die Behandlungskosten getragen?

16. Bestanden (andere) Gesundheitsstörungen schon vor Eintritt des Impfschadens?
 Ja Nein (zutreffendes ankreuzen)
Wenn ja, welche?

--

--

17. Waren Sie wegen Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt?
 Ja Nein
Wenn ja, von wann bis wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen?

--

--

18. Welchen Krankenkassen haben Sie vor Eintritt des Impfschadens angehört?

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber

(Bei Familienversicherung bitte unter Nr. 18 und 19 auch Name und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers angeben, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird).

19. Welchen Krankenkassen gehörten bzw. gehören Sie seit Eintritt des Impfschadens bis heute an?

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber

20. Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, beamtenrechtliches Ruhegehalt oder sind solche Leistungen beantragt oder ist Ihnen bekannt, dass bei einer anderen Behörde von Amts wegen (ohne Antrag) ein entsprechendes Verwaltungsverfahren durchgeführt wird bzw. wurde, ggf. von (bei) welcher Stelle (Rentenzeichen)?

--

--

21.a) Ist schon früher ein Verfahren wegen Impfschadens (Heilbehandlung) durchgeführt worden, ggf. wann, von welcher Stelle und mit welchem Ergebnis?

--

21.b) Bezogen Sie bereits seinerzeit Rente?

--

22. Antrag auf Gewährung von **Beschädigten – Hinterbliebenen – Versorgung** (für Witwen – Witwer – Waisen – Eltern) nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) oder einem Gesetz, das das BVG für anwendbar erklärt (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz), habe ich
 gestellt nicht gestellt

nach dem verstorbenen – verschollenen

geboren am

beim Landratsamt

und beziehe seit

Beschädigtenrente

Witwenrente bzw. –beihilfe

Witwerrente bzw. –beihilfe

Waisenrente bzw. –beihilfe

Elternrente unter dem Rentenzeichen

23. Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) habe ich
 gestellt am
 beim Versorgungsamt
 Aktenzeichen

 nicht gestellt

24. Bank- oder Postbankkonto, auf das die Versorgungsbezüge ggf. überwiesen werden sollen:
Konto-Nr.
Bank
IBAN
BIC

25. Erklärung

Ich erkläre, dass vorstehende Angaben den Tatsachen entsprechen und kein gleichartiger Antrag bei einer anderen Behörde gestellt wurde. Es ist mir bekannt, dass falsche oder irreführende Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückerstattet werden müssen. Soweit Änderungen in den angegebenen Verhältnissen eintreten, werde ich diese dem Landratsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

Ich bin damit einverstanden, dass Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde sowie Röntgenbilder von öffentlichen, freien gemeinnützigen und privaten Krankenanstalten sowie von Krankenanstalten öffentlich-rechtlicher Körperschaften und von Trägern der Sozialversicherung zur Einsicht beigezogen werden. **Die in diesen Verfahren beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit von der Schweigepflicht.**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Übermittlung von Sozialdaten, die Ihre gesundheitlichen Verhältnisse betreffen an andere Sozialleistungsträger oder vom Landratsamt/Versorgungsamt beauftragte Außengutachter auch ohne Ihr Einverständnis möglich ist, sofern die Sozialdaten für eine Aufgabenerfüllung im Rahmen des Sozialgesetzbuches erforderlich sind. Dies gilt auch für eine Übermittlung an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Wir machen Sie weiterhin darauf aufmerksam, dass Sie dieser Übermittlung widersprechen können (§ 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch).

Als Unterlagen sind beigefügt:

(alle Angaben sind möglichst zu belegen, z.B. durch Impfbuch bzw. Impfbescheinigung, bei Kindern Vorsorge-Untersuchungsheft, Krankenpapiere, frühere Rentenbescheide, Zeugenaussagen usw.)

Ort, Datum	Eigenhändige Unterschrift - Vor- und Zuname - des Antragstellers - bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind § 12 Abs. 2 Verwaltungsverfahrensgesetz KOV (VfG KOV) und §§ 60 und 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I).	
Hinweise für amtliche Stellen, Träger der Sozialversicherung, amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland: Geht dieser Antrag (statt beim Landratsamt) bei einer anderen amtlichen Stelle ein, wird gebeten, ihn mit Eingangsstempel oder -vermerk zu versehen. Über mündlich gestellte Anträge ist stets eine Niederschrift zu fertigen. Die Anträge sind in solchen Fällen unter Benachrichtigung des Antragstellers unverzüglich dem zuständigen Landratsamt zuzuleiten (§16 SGB I vom 11.12.1975 - BGBl. I Seite 3015).	
Anlage: Hinweisblatt zur Datenerhebung	