

Bitte für amtliche Zwecke freihalten	
Eingangsstempel Landesverwaltungsamt	Eingangsstempel anderer Stellen (z. B. Krankenkassen)
Antragslisten-Nr.	

Thüringer Landesverwaltungsamt  
Referat 610  
Karl-Liebknecht-Straße 4

98527 Suhl

**Antrag  
auf Gewährung von Hinterbliebenenversorgung  
nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten  
beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG) in Verbindung mit dem  
Bundesversorgungsgesetz (BVG)**

**I. Angaben zur Person des/der Verstorbenen**

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Familiename (ggf. Geburtsname)			
Vorname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Geschlecht	weiblich	männlich	divers
Staatsangehörigkeit			
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)			
Todestag/-ort (Bitte Sterbeurkunde beifügen)			
Todesursache			
Bezog der/ die Verstorbene Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen oder war er/sie als Beschädigte/r nach dem IfSG anerkannt?			
nein	ja, von (Behörde), bitte auch das Geschäftszeichen angeben		

Familienstand ledig verheiratet in Lebenspartnerschaft lebend verwitwet getrennt lebend geschieden Lebenspartnerschaft aufgehoben seit _____
Zahl der Kinder _____

## II. Angaben zum schädigenden Ereignis

Ist der Tod durch eine Impfung eingetreten?
Art der Impfung
Tag der Impfung am: _____ Erstimpfung                      Zweitimpfung am: _____ Erstimpfung                      Zweitimpfung
Wo und bei welcher Stelle. wurde die Impfung durchgeführt? (Land, Stadt und medizinische Einrichtung bitte angeben)
Bei einer Impfung im Ausland Warum konnten Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?
In welchem zeitlichen Abstand zur Impfung haben sich erstmals Krankheitserscheinungen bemerkbar gemacht? Tage _____ Wochen _____ Monate _____
Welche Angaben können Sie über den Krankheitsverlauf nach der Impfung machen? _____
Welche Ärztin/welcher Arzt wurde zuerst aufgesucht? Zu welchem Zeitpunkt? Bitte genaue Anschrift angeben! _____ _____
Ist das Gesundheitsamt oder die impfende Ärztin/der impfende Arzt von dem Impfschaden unterrichtet worden? Nein                      Ja Wenn ja, welches Gesundheitsamt und wann? _____
Welche Körperschäden haben schon vor der Impfung bestanden? _____

War der /die Verstorbene wegen einer Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt worden?

Nein

Ja

Wenn ja, von wann bis wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen?

Sind Krankheiten in der Familie, z.B. bei Eltern, Großeltern bekannt?

Zugehörigkeit zu Krankenkassen seit Ihrer Geburt

von	bis	Name und Anschrift der Krankenkasse (bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten)

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?

---

---

### III. Personalien des/ der Hinterbliebenen

Witwe / Witwer

Waise

Lebenspartner/in

Eltern

Familiename			
Vorname			
ggf. auch Geburtsname			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Geschlecht	weiblich	männlich	divers
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort			
Telefon (freiwillige Angabe)			
E-Mail (freiwillige Angabe)			
Familienstand ledig verheiratet Lebenspartnerschaft lebend verwitwet getrennt lebend geschieden Lebenspartnerschaft aufgehoben seit _____			
Zahl der Kinder _____			
Geburtsjahre der Kinder			
Berufliche Tätigkeit			

Bevollmächtigte	gesetzliche Vertreter	Betreuer
(Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellungsurkunde bzw. des Betreuerausweises bei)		
Familienname, Vorname		
Anschrift		
E-Mail (freiwillige Angabe)		
Tel (freiwillige Angabe)		
<b>Witwe / Witwer</b>		
War die Ehe mit dem/ der Verstorbenen geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt worden?		
nein	ja (bitte gerichtliches Urteil beifügen)	
Hat die Witwe/ der Witwer bzw. Lebenspartner wieder geheiratet?		
nein	ja, Eheschließung am	
Wurde diese neue Ehe	aufgelöst durch Tod	geschieden für nichtig erklärt aufgehoben
<b>Waise</b>		
Es handelt sich um eine	Vollwaise	Halbwaise
Befindet sich die Waise in einer Schul- oder Berufsausbildung?		
nein	ja, bis wann _____	
Leistet die Waise ein freiwilliges soziales Jahr ab?		
nein	ja, bis wann _____	
Ist die Waise infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande, sich selbst zu unterhalten?		
nein	ja, wegen welcher Leiden? _____	
Bestehen Unterhaltsansprüche?		
nein	ja, gegen (Name, Anschrift) _____	
<b>Eltern</b>		
Eheschließung am: _____		
Verwandtschaftsverhältnis zum/zur Verstorbenen (leiblicher Vater, leibliche Mutter, Adoptiveltern, Pflegeeltern, Stiefoder Großeltern)		
Wenn Elternteil verstorben ist, Todestag Mutter/ Vater _____		
Ist die Ehe geschieden, aufgehoben oder leben die Eltern getrennt?		
nein	ja, seit _____	
Waren Sie ggf. wiederverheiratet?		
nein	ja, Mutter/ Vater seit _____	
Leben außer dem Antragstellenden noch weitere Kinder des/r Verstorbenen?		
Namen/ Anschriften		
_____		
_____		
Waren sie schon zu Lebzeiten des/r Verstorbenen auf dessen Unterstützung angewiesen?		
nein	ja	
Wenn ja, aus welchem Grund?		
_____		

**IV. Sonstige Ansprüche und Leistungen** (Bitte auch angeben, wenn bisher nur der Antrag gestellt wurde.)

Haben Sie Schadensersatzansprüche bei der Impfärztin/dem Impfarzt bzw. bei ihrer/seiner Versicherung oder dem Arzneimittelhersteller angemeldet?  
nein ja

Wenn ja, bei Name/ Anschrift/ Geschäftszeichen

Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und dergleichen?  
nein ja

Wenn ja, von Versicherungsträger/ Geschäftszeichen

Beziehen Sie Leistungen nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?  
nein ja

Wenn ja, von Dienststelle/ Geschäftszeichen

Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder anderen Gesetzen des Sozialen Entschädigungsrechts?  
nein ja

Wenn ja, von Dienststelle/Geschäftszeichen

Beziehen Sie Leistungen von der Agentur für Arbeit?  
nein ja

Wenn ja, von Agentur für Arbeit/ Geschäftszeichen

Beziehen Sie Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) oder Sozialgesetzbuch II (Hartz IV)?  
nein ja

Wenn ja von Sozialbehörde/ Geschäftszeichen

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.  
Änderungen in den Verhältnissen, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

Beigefügt sind:                      Geburtsurkunde                      Impfbescheinigung                      Befundunterlagen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift** des Antragstellers, Bevollmächtigten bzw.  
des gesetzl. Vertreters oder Pflegers

### Einverständniserklärung

zum Antrag nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen  
(Infektionsschutzgesetz - IfSG)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landesverwaltungsamt die für die Entscheidung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den im Antrag bzw. weiteren Verfahren von mir benannten Ärzten und Krankenanstalten sowie bei Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen (auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind), insbesondere Entlassungsberichte/Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsicht bezieht, wie dieses Aufschluss über die bei mir vorliegende/n Schädigung/en geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich, soweit ich meinen Antrag nicht eingeschränkt habe, u. a. auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein sich evtl. anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

**Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Verwaltungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte und Psychologen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift** des Antragsstellers, Bevollmächtigten bzw.  
des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers

Mit der Einholung von Auskünften und Unterlagen bei folgenden Stellen (z. B. Ärzten, Krankenanstalten u. s. w.) bin ich **nicht** einverstanden.

Ort

Datum

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift** des Antragsstellers, Bevollmächtigten bzw.  
des gesetzlichen Vertreters oder Betreuers

**Hinweis zum Datenschutz** : Ihre Angaben werden erfasst und mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert. Der Antragsteller ist gemäß § 60 Sozialgesetzbuch I (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet. Er hat die zur Bearbeitung erforderlichen Angaben mitzuteilen und seine Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zu geben. Die Leistung kann nach § 66 SGB I versagt werden, wenn der Antragsteller seiner Mitwirkungspflicht nicht nachkommt. Eine Mitwirkungspflicht besteht nicht, soweit einer der in § 65 SGB I genannten Gründe vorliegt.