

**Antrag auf Leistungen für Entschädigungsberechtigte nach dem Vierzehnten
Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Entschädigung (SGB XIV)**

**Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe
§ 24 SGB XIV**

Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
--	---

Art des Antrags

Beantragende Person

Frau Herr Divers

Angaben zur antragstellenden Person (entsprechende Vollmacht ist beizufügen)

Doktorgrade	Familiennamen	Vornamen	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		männlich	weiblich divers
Wo befindet sich die Anschrift?		in Deutschland	außerhalb von Deutschland
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Telefonnummer	E-Mail-Adresse		

Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

Familiennamen	Vornamen		
Name des Unternehmens, Vereins, oder einer sonstigen Organisation			
Beziehung zur antragstellenden Person			
Wo befindet sich die Anschrift?		in Deutschland	außerhalb von Deutschland
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Telefonnummer	E-Mail-Adresse		

Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)

Familienname		Geburtsname	
Vornamen			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		männlich	weiblich divers
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt		in Deutschland außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Staatsangehörigkeit			
Sterbedatum		Sterbeort	
Todesursache (Sterbeurkunde ist beizufügen)			
Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen? Ja Nein			
Verhältnis zur verstorbenen Person Witwen-/Witwerverhältnis Kindschaftsverhältnis Elternschaftsverhältnis Sonstige			
Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)			
Datum der Eheschließung		Ort der Eheschließung	
Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt? Ja Nein			
Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen? Ja Nein			
Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden? Ja Nein			
Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person		Ehelich	Nichtehelich
		Stiefkind	Pflegekind
Familienname der gesetzlichen Vertretung		Vornamen der gesetzlichen Vertretung	
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familienname		Vornamen	
Wo befindet sich die Anschrift?		in Deutschland außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit			
Hat der andere Elternteil weitere Kinder? Ja Nein			

Andere Ansprüche			
Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt?			Ja Nein
Name der Behörde		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?			Ja Nein
Name der Rentenversicherung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			

Angaben zur geschädigten Person (nur als angehörige oder nahestehende Person auszufüllen)

Familiennamen		Geburtsnamen	
Vornamen			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		männlich	weiblich divers
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt		in Deutschland	außerhalb von Deutschland
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Staatsangehörigkeit			

Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe

Art der Impfung oder der spezifischen Prophylaxe Maßnahme			
Bezeichnung des verwendeten Impfstoffs			
Datum der Impfung		Es handelte sich um eine Erstimpfung Wiederholungsimpfung	
Name und Anschrift der medizinischen Einrichtung, in der Sie geimpft wurden			
Angaben zur Impfärztin oder zum Impfarzt			
Familiennamen		Vorname	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		

Warum konnten Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?			
Warum erfolgte die Impfung?		Impfpflicht	Berufsbezogene Gründe
Angaben zum Arbeitgeber			
Name des Arbeitgebers			
Wo befindet sich die Anschrift?		in Deutschland	außerhalb von Deutschland
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Haben Sie den Vorfall Ihrer Berufsgenossenschaft gemeldet?			Ja Nein
Aktenzeichen/Geschäftszeichen des Vorfalls			
Warum haben Sie den Vorfall nicht Ihrer Berufsgenossenschaft gemeldet?			
Impfschäden im Säuglings- und Kleinkindalter (Kopie Mutterpass und Kinderuntersuchungsheft ist beizufügen)			
Erfolgte der Impfschaden im Säuglings- oder Kleinkindalter?			Ja Nein
Name des Geburtskrankenhauses			
Wo befindet sich die Anschrift?		in Deutschland	außerhalb von Deutschland
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Angaben zur Mutter			
Familiennamen		Geburtsname	
Vornamen			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Gesundheitliche Folgen der Impfung			
Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?			
Schildern Sie die Krankheitssymptome, die heute noch vorliegen.			
Wurde ein Arzt aufgesucht?			Ja Nein
War der aufgesuchte Arzt der Impfarzt?			Ja Nein

Angaben zum aufgesuchten Arzt (nur auszufüllen, wenn der aufgesuchte Arzt ein anderer Arzt ist als der Impfarzt)

Familienname		Vorname	
Wo befindet sich die Anschrift?		in Deutschland außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Wann wurde der Impfarzt aufgesucht? (Datum)			

Weitere Angaben zum Impfschaden und zum Krankheitsverlauf

Können weitere Personen über Ihren Krankheitsverlauf Auskunft geben?		Ja	Nein
Welche anderen Personen können über Ihren Krankheitsverlauf Auskunft geben? (Name/Anschrift soweit bekannt)			
Haben Sie das Gesundheitsamt über den Impfschaden informiert?		Ja	Nein
Name/Anschrift des Gesundheitsamts			
Wann haben Sie das Gesundheitsamt informiert? (Datum)			
Waren Sie wegen einer Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt worden?		Ja	Nein
Beginn der Zurückstellung	Ende der Zurückstellung		
Warum wurde die Impfung zurückgestellt?			
Sind Krankheiten (zum Beispiel Epilepsie oder Diabetes) in Ihrer Familie bekannt, zum Beispiel bei Eltern, Großeltern, Geschwistern, oder Kindern?		Ja	Nein
Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?			

Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses

Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in stationärer oder ambulanter Behandlung?		Ja	Nein
Name des Krankenhauses oder der Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift?		in Deutschland außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Beginn der Behandlung	Ende der Behandlung		

Haben Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits Körperschäden oder Gesundheitsstörungen gehabt?				Ja	Nein
Welche Körperschäden oder Gesundheitsstörungen haben bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden?					
Waren Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits in stationärer oder ambulanter Behandlung?				Ja	Nein
Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung vor dem schädigenden Ereignis					
Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson					
Wo befindet sich die Anschrift?		in Deutschland		außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort		
Adresszusatz					
Postfach	Postleitzahl		Ort		
Auslandsanschrift	Staat				
Behandlungszeitraum bzw. Behandlungszeiträume					
Waren Sie aufgrund der Impfung arbeitsunfähig?				Ja	Nein
Beginn der Arbeitsunfähigkeit		Ende der Arbeitsunfähigkeit			
Haben Sie aufgrund Ihrer Arbeitsunfähigkeit Krankengeld erhalten?				Ja	Nein
Beginn der Krankengeldzahlung		Ende der Krankengeldzahlung			
Form der Krankenversicherung					
Name der Krankenversicherung					
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort		
Adresszusatz					
Postfach	Postleitzahl		Ort		
Mitgliedschaft seit (Datum)		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer			
Frühere Krankenkasse					

Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

Sonstige Angaben

Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten			
Haben Sie wegen der Gesundheitsschädigungen, für die Sie hiermit Leistungen beantragen, Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?			Ja Nein
Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?	Unfallversicherung Krankenversicherung Gesetzliche Rentenversicherung Bundesagentur für Arbeit Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) Ausländischen Entschädigungssystemen Sonstige Leistungsträger:		
Name der Stelle oder der Einrichtung	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Angaben zur Behinderung			
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?			Ja Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Unterstützung bei der Antragstellung			
Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?			
Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt?			

Erklärungen

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.

Ja

Schweigepflichtentbindungserklärung

Soweit ich keine für die Anspruchsprüfung erforderlichen Unterlagen beifüge, wird die zuständige Behörde den Sachverhalt von Amts wegen aufklären.

Ich erkläre mich daher insbesondere mit der Beiziehung folgender Unterlagen einverstanden:

Polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten, erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen, und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten oder Stellen erstellt worden sind, allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder Widerspruchsverfahren sowie für das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und angefertigten Unterlagen.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?

Ja

Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der
sorgeberechtigten (bei Minderjährigen unter 15 Jahren
müssen beide Sorgeberechtigten unterschreiben),
bevollmächtigten oder betreuenden Person