

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

Familienname (ggf. Geburtsname)	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
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?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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 _____

Familiennamen

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)

Witwe / Witwer

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

Waise

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) _____

Eltern

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.