

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

Thüringer Landesverwaltungsamt
Abteilung VI, Referat 610
Karl-Liebknecht-Straße 4

98527 Suhl

Antrag auf Gewährung von Versorgung wegen Impfschäden nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz - IfSG)

Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen sorgfältig - in Druckschrift - und fügen Sie die jeweils angegebenen Unterlagen bei. Originalunterlagen senden wir Ihnen unverzüglich zurück. Falls erforderlich, verwenden Sie für Ihre Angaben ein gesondertes Blatt.

1) Name	Geburtsname		Vorname	
2) Geburtsdatum	Geburtsort	Kreis	Land	
3) Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden
a) Ehegatte	Name	Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum
b) Kinder	(1) Name	Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum
	(2) Name	Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum
	(3) Name	Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum
	(4) Name	Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum

4) Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

PLZ	Ort	Straße	Nummer

Telefon (tagsüber erreichbar)	privat		dienstlich	
-------------------------------	--------	--	------------	--

5) Staatsangehörigkeit(en)

--

6) Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vormund oder Pfleger bestellt ist, bitte Name, Vorname und Anschrift des gesetzlichen Vertreters angeben und ggf. Bestallungsurkunde oder Kopie vorlegen.

Name	Vorname

PLZ	Ort	Straße	Nummer

7) Bei Minderjährigen oder geistig bzw. körperlich Gebrechlichen auch:

Name der Eltern:	Name	Vorname
	Vater:	

Mutter:	Name	Vorname

8) Wegen welcher **jetzt vorliegenden Gesundheitsstörungen** wird der Versorgungsantrag gestellt?

9) Auf welche Impfung werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?

Impfung gegen	
---------------	--

Tag der Impfung	
-----------------	--

Ort der Impfung	Kreis	Land

Wer hat die Impfungen vorgenommen?

Name	Vorname

PLZ	Ort	Straße	Nummer

- 10) Weitere Impfungen, die nicht mit den unter Ziffer 8) genannten Leiden in Zusammenhang gebracht werden:

Impfung gegen			
Tag der Impfung			
Ort der Impfung	Kreis	Land	

Wer hat die Impfungen vorgenommen?

Name		Vorname	
PLZ	Ort	Straße	Nummer

- 11) Wann genau traten nach der Impfung (Ziffer 9) gesundheitliche Komplikationen auf und wann erfolgte daraufhin erstmalig eine ärztliche Konsultation bei welchem Arzt?

Tag/Monat/Jahr	Art der Komplikation	behandelnder Arzt	Behandlungsdatum

- 12) Schildern Sie bitte genau alle Details der Komplikationen

- 13) Wie verlief die weitere körperliche und geistige Entwicklung nach der Impfung?

- 14) Ist das Gesundheitsamt und/oder der impfende Arzt von dem Impfschaden unterrichtet worden?

ja nein

Falls ja, welches Gesundheitsamt und wann erfolgte die Unterrichtung?

- 15) In welchen Krankenhäusern, Rehaeinrichtungen usw. wurden Sie wegen der unter Ziffer 8) aufgeführten Gesundheitsstörungen ärztlich behandelt?

Von	bis	Anschrift und Name des Krankenhauses/der Einrichtung

- 16) Ärztliche ambulante Behandlungen wegen der unter Ziffer 8) aufgeführten Gesundheitsstörungen:

Von	bis	Krankheit	behandelnder Arzt	Anschrift des beh. Arztes

- 17) Bestanden Gesundheitsstörungen schon vor Eintritt des Impfschadens? ja nein

Wenn ja, welche?

- 18) Waren Sie von einer Impfung zurückgestellt? ja nein

von: bis:

Grund der Zurückstellung:

- 19) Welcher Krankenkasse gehört die Antragstellerin/der Antragsteller an?

Bitte geben Sie Ihre KV-Nr. an.

a) vor der Impfung:

b) nach der Impfung:

- 20) Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, beamtenrechtliches Ruhegehalt oder sind solche Leistungen beantragt, ggf. von (bei) welcher Stelle (Rentenzeichen)?

21) Bezogen Sie in den letzten drei Jahren Leistungen der Arbeitslosenversicherung oder Arbeitslosenhilfe ggf. von welchem Arbeitsamt und in welcher Zeit?

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

--

b) Bezogen Sie bereits infolgedessen Rente?

--

c) Wird wegen des Impfschadens aufgrund anderer gesetzlicher Vorschriften bereits eine Entschädigung gewährt (ggf. ist der Bescheid beizufügen)?

ja nein

23) Wurde ein Antrag nach dem Bundesversorgungsgesetz, den Sondergesetzen zum BVG oder den SGB IX (Schwerbehindertengesetz) gestellt (bitte zuständiges Amt und Geschäftszeichen angeben)?

24) Eventuell zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden

Name des Kontoinhabers		Vorname des Kontoinhabers	
PLZ	Ort	Straße	Nummer
Geldinstitut		IBAN	BIC

Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns auch mit Wirkung gegenüber meinen / unseren Erben evtl. überzahlte Beträge dem TLVwA zurück zu überweisen.

Dazu beantrage ich / beantragen wir das jeweils Konto führende Geldinstitut, über den Anspruch hinaus eingehende Versorgungsbezüge dem TLVwA zurück zu erstatten.

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

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.