



**Antrag auf Leistungen für der Sozialen Entschädigung nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch
(SGB XIV)**

Antrag auf Leistungen in einer Traumaambulanz als schnelle Hilfe, §§ 31ff. SGB XIV

Name / Adresse der Versorgungsbehörde Landratsamt Konstanz Amt für Gesundheit und Versorgung -Soziales Entschädigungsrecht- Scheffelstraße 15 78315 Radolfzell	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
---	--

Kurzangaben zur geschädigten Person

Familiennamen		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Angaben zum Tatgeschehen

Tatzeit (Datum)	Tatzeit (Uhrzeit)	Tatort
Kurzschilderung des Tatgeschehens		



Leistungen in einer Traumaambulanz als schnelle Hilfe

Ich beantrage <i>ausschließlich</i> Leistungen in einer Traumaambulanz als schnelle Hilfe nach §§ 2, 31 - 37, 115, 116 SGB XIV.	<input type="checkbox"/> Ja
Ich beantrage ggf. weitere mir nach dem sozialen Entschädigungsrecht zustehende Leistungen.	<input type="checkbox"/> Ja

In welcher Praxis / Einrichtung sollen die Beratungs- und Therapiesitzungen erfolgen?	
Name Traumaambulanz / Fachärztin/Facharzt oder Psychotherapeutin /-therapeut	Anschrift der Praxis / Einrichtung
Mit welchen Vergütungssätzen rechnet die o.g. Praxis ab (<i>falls bereits bekannt</i>)?,.....Euro pro Sitzung	

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.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen und Therapeutinnen/Therapeuten von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht. Mit der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten einschließlich von Berichten über die Behandlung durch die oben genannte Traumaambulanz / Praxis an das Versorgungsamt Radolfzell bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja
Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus:	

Ich habe Kenntnis, dass

- die Behörde gemäß § 120 SGB XIV in Verbindung mit § 116 SGB X grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen die Täterin / den Täter geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss sie die Täterin / der Täter frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf dem anliegenden Zusatzblatt die Gründe darstellen. Die Behörde wird dann prüfen, ob erhebliche Nachteile für mich zu befürchten sind



und deshalb auf Schadensersatzansprüche verzichtet werden kann. Bei Minderjährigen kann die Gefährdung des Kindeswohls einen entsprechenden Grund bedeuten;

- meine Schadensersatzansprüche gegen die Täterin / den Täter mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit der Täterin / dem Täter oder deren Versicherungen treffen darf.

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:

.....

.....