



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

**Antrag für Impfgeschädigte (§ 24 SGB XIV)**

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

**Art des Antrags**

|                 |                                                                                                                                                                         |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Art des Antrags | <input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person<br><input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person<br><input type="checkbox"/> Änderungsantrag |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Beantragende Person**

|                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich für mich selbst<br><input type="checkbox"/> Ich für mein Kind<br><input type="checkbox"/> Als Betreuer/in<br><input type="checkbox"/> Als Bevollmächtigte/r<br><input type="checkbox"/> Sonstige: |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Angaben zur geschädigten Person**

|                                |            |                                                                                                     |     |
|--------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Familiennamen                  |            | Vornamen                                                                                            |     |
| Geburtsdatum                   |            | Geburtsort                                                                                          |     |
| Geschlecht                     |            | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |     |
| Straße                         | Hausnummer | Postleitzahl                                                                                        | Ort |
| Land (falls nicht Deutschland) |            |                                                                                                     |     |
| Telefonnummer                  |            | E-Mail-Adresse                                                                                      |     |
| Staatsangehörigkeit            |            |                                                                                                     |     |



**Angaben zur Betreuungsperson oder bevollmächtigten Person**

|                                                                                                                |                                |                |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------|------------------|
| Familienname                                                                                                   |                                | Vornamen       |                  |
| Name des Unternehmens, Vereins oder einer sonstigen Organisation, in der die Betreuungstätigkeit ausgeübt wird |                                |                |                  |
| Beziehung zur antragstellenden Person                                                                          |                                |                |                  |
| Straße                                                                                                         |                                | Hausnummer     | Postleitzahl Ort |
| Postfach                                                                                                       | Land (falls nicht Deutschland) |                |                  |
| Telefonnummer                                                                                                  |                                | E-Mail-Adresse |                  |

**Angaben zur verstorbenen Person (nur bei Sterbefällen als hinterbliebene Person auszufüllen, ansonsten weiter auf S. 4 „Angaben zur Schutzimpfung“)**

|                                                                                                                                                                                |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                               |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Familienname                                                                                                                                                                   |                                                                                                                | Geburtsname                                                                                                                                                                                   |                                                           |
| Vornamen                                                                                                                                                                       |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                               |                                                           |
| Geburtsdatum                                                                                                                                                                   | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |                                                                                                                                                                                               |                                                           |
| Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland<br>Land (falls außerhalb von Deutschland): |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                               |                                                           |
| Straße                                                                                                                                                                         |                                                                                                                | Hausnummer                                                                                                                                                                                    | Postleitzahl Ort                                          |
| Staatsangehörigkeit                                                                                                                                                            |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                               |                                                           |
| Sterbedatum                                                                                                                                                                    |                                                                                                                | Sterbeort                                                                                                                                                                                     |                                                           |
| Todesursache                                                                                                                                                                   |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                               |                                                           |
| Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen?                                                                                             |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Verhältnis zur verstorbenen Person                                                                                                                                             |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerverhältnis<br><input type="checkbox"/> Kindschaftsverhältnis<br><input type="checkbox"/> Elternschaftsverhältnis<br><input type="checkbox"/> Sonstige: |                                                           |
| <b>Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwen-/Witwerverhältnis“ auszufüllen)</b>                                                                                                |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                               |                                                           |
| Datum der Eheschließung                                                                                                                                                        |                                                                                                                | Ort der Eheschließung                                                                                                                                                                         |                                                           |
| Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?                                                                                                                 |                                                                                                                |                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |



|                                                                                                            |  |                                      |                                                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen eingegangen?                               |  |                                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                        |     |
| <b>Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>             |  |                                      |                                                                                                                                                  |     |
| Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden?                                               |  |                                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                        |     |
| Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person                                                              |  |                                      | <input type="checkbox"/> Ehelich <input type="checkbox"/> Nichtehelich <input type="checkbox"/> Stiefkind<br><input type="checkbox"/> Pflegekind |     |
| Familiennamen der gesetzlichen Vertretung                                                                  |  | Vornamen der gesetzlichen Vertretung |                                                                                                                                                  |     |
| <b>Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>              |  |                                      |                                                                                                                                                  |     |
| Familiennamen                                                                                              |  | Vornamen                             |                                                                                                                                                  |     |
| Straße                                                                                                     |  | Hausnummer                           | Postleitzahl                                                                                                                                     | Ort |
| Land (falls nicht Deutschland)                                                                             |  |                                      |                                                                                                                                                  |     |
| Geburtsdatum                                                                                               |  | Geburtsort                           |                                                                                                                                                  |     |
| Staatsangehörigkeit                                                                                        |  |                                      |                                                                                                                                                  |     |
| <b>Weitere Ansprüche</b>                                                                                   |  |                                      |                                                                                                                                                  |     |
| Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt? |  |                                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                        |     |
| Name der Behörde                                                                                           |  | Aktenzeichen/Geschäftszeichen        |                                                                                                                                                  |     |
| Straße                                                                                                     |  | Hausnummer                           | Postleitzahl                                                                                                                                     | Ort |
| Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?   |  |                                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                                                        |     |
| Name der Rentenversicherung                                                                                |  | Aktenzeichen/Geschäftszeichen        |                                                                                                                                                  |     |
| Straße                                                                                                     |  | Hausnummer                           | Postleitzahl                                                                                                                                     | Ort |

**Angaben zur antragstellenden Person (nur auszufüllen, wenn Sie den Antrag für Ihr Kind stellen)**

|                                |  |                                                                                                                |              |     |
|--------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----|
| Familiennamen                  |  | Vornamen                                                                                                       |              |     |
| Geburtsdatum                   |  | Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |              |     |
| Straße                         |  | Hausnummer                                                                                                     | Postleitzahl | Ort |
| Land (falls nicht Deutschland) |  |                                                                                                                |              |     |
| Telefonnummer                  |  | E-Mail-Adresse                                                                                                 |              |     |



### Angaben zur Schutzimpfung

|                                                                                                                      |            |                                                                                                                |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Art der Impfung oder der spezifischen Prophylaxe Maßnahme                                                            |            |                                                                                                                |                                                           |
| Bezeichnung des verwendeten Impfstoffs                                                                               |            |                                                                                                                |                                                           |
| Datum der Impfung                                                                                                    |            | Es handelte sich um eine<br><input type="checkbox"/> Erstimpfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsimpfung |                                                           |
| Name und Anschrift der medizinischen Einrichtung, in der Sie geimpft wurden                                          |            |                                                                                                                |                                                           |
| Falls die Impfung nicht in Deutschland durchgeführt wurde:<br>Warum konnten Sie nicht in Deutschland geimpft werden? |            |                                                                                                                |                                                           |
| Warum erfolgte die Impfung?                                                                                          |            | <input type="checkbox"/> Berufsbezogene Gründe <input type="checkbox"/> Impfpflicht                            |                                                           |
| <b>Angaben zum Arbeitgeber</b>                                                                                       |            |                                                                                                                |                                                           |
| Name des Arbeitgebers                                                                                                |            |                                                                                                                |                                                           |
| Straße                                                                                                               | Hausnummer | Postleitzahl                                                                                                   | Ort                                                       |
| Land (falls nicht Deutschland)                                                                                       |            |                                                                                                                |                                                           |
| Haben Sie den Vorfall Ihrer Berufsgenossenschaft gemeldet?                                                           |            |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Aktenzeichen/Geschäftszeichen dort                                                                                   |            |                                                                                                                |                                                           |
| Falls nein: Warum haben Sie den Vorfall nicht Ihrer Berufsgenossenschaft gemeldet?                                   |            |                                                                                                                |                                                           |
| <b>Impfschäden im Säuglings- und Kleinkindalter</b>                                                                  |            |                                                                                                                |                                                           |
| Erfolgte der Impfschaden im Säuglings- oder Kleinkindalter?                                                          |            |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name und Anschrift des Geburtskrankenhauses                                                                          |            |                                                                                                                |                                                           |
| Land (falls nicht Deutschland)                                                                                       |            |                                                                                                                |                                                           |
| <b>Weitere Angaben zur Impfung und deren Folgen</b>                                                                  |            |                                                                                                                |                                                           |
| Können weitere Personen über Ihren Krankheitsverlauf Auskunft geben?                                                 |            |                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

|                                                                                                 |  |                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|
| Welche anderen Personen können über Ihren Krankheitsverlauf Auskunft geben?<br>(Name/Anschrift) |  |                                                           |  |
| Haben Sie das Gesundheitsamt über den Impfschaden informiert?<br>Wenn ja, wann?                 |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Haben Sie das PEI (Paul-Ehrlich-Institut) über den Impfschaden informiert?                      |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Waren Sie wegen einer Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt worden?                       |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Beginn der Zurückstellung                                                                       |  | Ende der Zurückstellung                                   |  |
| Warum wurde die Impfung zurückgestellt?                                                         |  |                                                           |  |
| Sind Krankheiten (wie bspw. Epilepsie oder Diabetes) in Ihrer Familie bekannt?                  |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?                                               |  |                                                           |  |
| Waren Sie aufgrund der Impfung arbeitsunfähig?                                                  |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Beginn der Arbeitsunfähigkeit                                                                   |  | Ende der Arbeitsunfähigkeit                               |  |
| Haben Sie aufgrund Ihrer Arbeitsunfähigkeit Krankengeld erhalten?                               |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Beginn der Krankengeldzahlung                                                                   |  | Ende der Krankengeldzahlung                               |  |

**Angaben zu den gesundheitlichen Folgen der Impfung**

|                                                                                                          |      |        |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------|--------|
| Zu welchen Gesundheitsstörungen hat die Impfung geführt?                                                 |      |        |        |
| <div></div>                                                                                              |      |        |        |
| In welchem zeitlichen Abstand zur Impfung haben sich erstmals Krankheitserscheinungen bemerkbar gemacht? | Tage | Wochen | Monate |
| Erläutern Sie den Krankheitsverlauf nach der Schutzimpfung.                                              |      |        |        |
| <div></div>                                                                                              |      |        |        |



|                                                                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Liegen diese Gesundheitsstörungen heute noch vor?                                                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche Gesundheitsstörungen liegen heute noch vor?                                                     |                                                           |
|                                                                                                        |                                                           |
| Lagen vor der Impfung bereits Gesundheitsstörungen vor?                                                | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja: Welche Gesundheitsstörungen bestanden bereits zuvor?                                         |                                                           |
|                                                                                                        |                                                           |
| Waren Sie wegen der bereits vor der Impfung bestehenden Gesundheitsstörungen in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja: Name und Anschrift der Praxis/Klinik ( <b>bitte Befunde mitschicken</b> )                    |                                                           |
|                                                                                                        |                                                           |

**Angaben zur medizinischen Behandlung aufgrund der Impfung**

**Wichtiger Hinweis:** Bitte senden Sie uns alle Ihnen vorliegenden Befunde / Arztberichte mit, die in Zusammenhang mit der Impfung stehen. Hierdurch verkürzt sich die Verfahrensdauer.

|                                                                                          |            |              |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|-----------------------------------------------------------|
| Name der Klinik/Praxis und der dort behandelnden Ärztin/des dort behandelnden Arztes     |            |              |                                                           |
|                                                                                          |            |              |                                                           |
| Straße                                                                                   | Hausnummer | Postleitzahl | Ort                                                       |
| Behandlungszeitraum/-zeiträume                                                           |            |              |                                                           |
| Name und Anschrift weiterer behandelnder Ärztinnen/Ärzte in Zusammenhang mit der Impfung |            |              |                                                           |
| 1.                                                                                       |            |              |                                                           |
| 2.                                                                                       |            |              |                                                           |
| 3.                                                                                       |            |              |                                                           |
| 4.                                                                                       |            |              |                                                           |
| Name und Anschrift der Hausärztin/des Hausarztes                                         |            |              |                                                           |
|                                                                                          |            |              |                                                           |
| Sämtliche Befunde und Arztberichte sind dem Antrag beigelegt                             |            |              | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |



### Angaben zur Krankenversicherung

|                              |                                                                                                                                        |                                           |     |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----|
| Form der Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert<br><input type="checkbox"/> Nicht versichert |                                           |     |
| Name der Krankenkasse        |                                                                                                                                        |                                           |     |
| Straße                       | Hausnummer                                                                                                                             | Postleitzahl                              | Ort |
| Postfach                     |                                                                                                                                        | Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer |     |
| Mitgliedschaft seit          |                                                                                                                                        | Frühere Krankenkasse                      |     |

### Bankverbindung

|              |              |
|--------------|--------------|
| Kontoinhaber | IBAN         |
| BIC          | Geldinstitut |

### Sonstige Angaben

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                                           |
| Haben Sie wegen der hier angegebenen Gesundheitsschädigungen Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja: Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Unfallversicherung<br><input type="checkbox"/> Krankenversicherung<br><input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung<br><input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit<br><input type="checkbox"/> Ausländische Entschädigungssysteme<br><input type="checkbox"/> Sonstige Leistungsträger: |                               |                                                           |
| Name der Stelle/Einrichtung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Aktenzeichen/Geschäftszeichen |                                                           |
| Straße                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Hausnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Postleitzahl                  | Ort                                                       |
| <b>Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                                           |
| <u>Hinweis zu weiteren Leistungen des SGB XIV Kapitel 6 und Kapitel 11:</u><br><br>Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben in diesem Antrag werden auch mögliche Ansprüche auf Leistungen der Teilhabe (Kapitel 6) und Besondere Leistungen im Einzelfall (Kapitel 11) geprüft. Die zuständige Behörde wird in diesem Fall Kontakt zu Ihnen aufnehmen, ggf. weitere Unterlagen oder Nachweise anfordern und das weitere Vorgehen mit Ihnen abstimmen. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               |                                                           |
| Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer Berufsausübung/Tätigkeit beeinträchtigt?                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Falls ja: Wie fühlen Sie sich durch das schädigende Ereignis beeinträchtigt?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja: An welchen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie Interesse?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |
| Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer alltäglichen Lebenssituation oder im Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt?                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja: An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja: An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                           |
| Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja: An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
| <b>Angaben zur Behinderung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                           |
| Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Name der Behörde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Aktenzeichen                                              |
| <b>Antrag auf Versorgung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |
| Haben Sie bereits einen Antrag auf Versorgung gestellt und beziehen gegebenenfalls Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingshilfegesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) oder Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls ja, um was für einen Antrag bzw. Leistung handelt es sich?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |
| Name der Behörde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Aktenzeichen                                              |
| <b>Unterstützung bei der Antragstellung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |
| Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 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 und staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Akten anderer Sozialleistungsträger (z.B. Sozialamt, Jobcenter), erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Verlaufsdokumentationen von Therapiesitzungen und Röntgenbilder), Leistungsauskünfte der Krankenkassen sowie Unterlagen oder Gutachten von Rentenversicherungsträgern, Unfallversicherungen oder anderen Versicherungen.

Die genannten Unterlagen können beigezogen werden, auch wenn sie von anderen Ärztinnen oder Ärzten oder anderen Stellen erstellt worden sind, soweit diese Unterlagen Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich gegebenenfalls anschließendes Nachprüfungs- 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 oben genannten Personen und Einrichtungen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?

☐ Ja

**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.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass** die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem SGB XIV zugänglich gemacht worden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X) und
  - den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind,
  - den Hauptfürsorgestellen,
  - den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)
  - sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit
- übermittelt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

**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:

.....

.....

Name, Vorname in Druckbuchstaben: .....