



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
---	---

Angaben zur geschädigten Person

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	
Soll die Kommunikation über eine abweichende Anschrift erfolgen (z.B. zu Ihrem eigenen Schutz)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, über folgende Anschrift: (Nachname, Vorname, Adresse)			

Angaben zur Tat und zu den Gesundheitsstörungen

Tatzeit (Datum, ggf. Uhrzeit)	Tatort
Fand das Ereignis bei der Arbeit oder auf dem Hin- oder Rückweg zur/von der Arbeit statt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilderung des Tatgeschehens (Stichworte sind nicht ausreichend!)	



Bestehende körperliche und/oder seelische Gesundheitsstörungen aufgrund der Gewalttat
Befinden Sie sich wegen der o.a. Gewalttat bereits in psychotherapeutischer Behandlung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Weitere Leistungen

Ich beantrage <i>ausschließlich</i> Leistungen in einer Traumaambulanz als schnelle Hilfe nach §§ 2, 31 - 37, 115, 116 SGB XIV. Ein weitergehender Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer kann auch zu einem späteren Zeitpunkt noch gestellt werden. <i>oder:</i>	<input type="checkbox"/>
Bitte senden Sie mir zusätzlich das Antragsformular für Gewaltopfer zu, um ggf. weitere Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts beantragen zu können.	<input type="checkbox"/>

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
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 Traumaambulanz an das Versorgungsamt Radolfzell bin ich einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja

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: