



## Landesamt für Gesundheit und Soziales

### Abt. Versorgung – Versorgungsamt

Sächsische Straße 28  
10707 Berlin

**Sprechstunden:** Mo, Di, Fr. von 9.00 bis 12.00 Uhr  
sowie nach Vereinbarung

**Fahrverbindungen:**

U3, U7 Fehrbelliner Platz

Bus: 101, 104, 115 Fehrbelliner Platz

Eingangsstempel

### Antrag

auf Gewährung von Leistungen nach dem Gesetz zur Verhütung  
und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen  
(Infektionsschutzgesetz – IfSG) in Verbindung mit dem Bundesversorgungsgesetz (BVG)

#### I. Personalien

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Familienname (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Staatsangehörigkeit		
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, ggf. Kreis)		
Telefon (freiwillige Angabe)		
E-Mail (freiwillige Angabe)		

Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Vormund oder Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des/r bestellten Betreuers/in angeben (ggf. Bestallungsurkunde vorlegen)

Beruf vor der Impfung
Beruf nach der Impfung

## II. Gesundheitliche Schädigung

Wegen welcher Impfschäden wird der Antrag gestellt?
Art der Impfung
Tag der Impfung
Wo und bei welcher Stelle wurde die Impfung durchgeführt? (Land, Stadt und medizinische Einrichtung bitte angeben)
Name und Anschrift des Impfarztes/der Impfärztin
Bei einer Schutzimpfung im Ausland: Aus welchen Gründen konnten Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?
In welchem zeitlichen Abstand zur Impfung haben sich erstmals Krankheitserscheinungen bemerkbar gemacht? <input type="checkbox"/> Tage _____ <input type="checkbox"/> Wochen _____ <input type="checkbox"/> Monate _____
Welche Angaben können Sie über den Krankheitsverlauf nach der Schutzimpfung machen?
Welche Ärztin/welcher Arzt wurde zuerst aufgesucht? Zu welchem Zeitpunkt? Bitte genaue Anschrift angeben!
Welche anderen Personen können über den Krankheitsverlauf Auskunft geben? (Name, Anschrift)
Ist das Gesundheitsamt oder die impfende Ärztin/der impfende Arzt von dem Impfschaden unterrichtet worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, welches Gesundheitsamt und wann?
Waren Sie wegen einer Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt worden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, von wann bis wann und wegen welcher Gesundheitsstörungen?
Bei Impfschäden im Säuglings- und Kleinkindalter Wo wurden Sie geboren? (Name und Anschrift des Krankenhauses)
Personalien der Mutter (Name, Vorname, Geburtsdatum)
Welcher Arzt/welche Ärztin hat die Schwangerschaft überwacht? (Name und Anschrift)

Welcher Arzt/welche Ärztin hat die Geburt überwacht? (Name und Anschrift)	
Ggf. Name und Anschrift der anwesenden Hebamme Wie war der Ablauf der Geburt? <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mit folgenden Komplikationen	
Welche (Kinder-)Ärztin/welcher (Kinder-)Arzt hat ggf. die nach der Geburt anfallenden turnusmäßigen Vorsorgeuntersuchungen (U2, U3 ff.) durchgeführt? (Name und Anschrift)	
Sind Krankheiten in der Familie, z.B. bei Eltern, Geschwistern, Großeltern bekannt?	

### III. Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen seit Ihrer Geburt

von	bis	Bezeichnung der Krankenkasse oder Krankenversicherung und Anschrift (bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben der/des Hauptversicherten)

### IV. Ärztliche Behandlungen und Krankenhausbehandlungen nach der Impfung

von	bis	Name des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin bzw. Bezeichnung des Krankenhauses und der Abteilung sowie Anschrift	in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung)

**V. Welche Gesundheitsschäden haben schon vor der Impfung vorgelegen? Wann und wo sind diese ärztlich behandelt worden?**

von	bis	Name des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin bzw. Bezeichnung des Krankenhauses und der Abteilung sowie Anschrift	in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung)

**VI. Sonstige Ansprüche und Leistungen** Bitte auch angeben, wenn bisher nur der Antrag gestellt wurde

<p>Haben Sie wegen der gesundheitlichen Schäden, für die Sie Versorgung beantragen, Schadensersatzansprüche bei der Impfärztin/dem Impfarzt bzw. bei ihrer/seiner Versicherung oder dem Arzneimittelhersteller angemeldet?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, bei Name/ Anschrift/ Aktenzeichen</p>
<p>Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und dergleichen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, von Versicherungsträger/ Geschäftszeichen</p>
<p>Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, von Dienststelle/ Geschäftszeichen</p>
<p>Erhalten Sie Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen des Sozialen Entschädigungsrechts?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, von Dienststelle/ Geschäftszeichen</p>

Beziehen Sie Leistungen von der Agentur für Arbeit? <input type="checkbox"/> Nein <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja</span> Wenn ja, von Arbeitsagentur/ Geschäftszeichen		
Beziehen Sie Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) oder Sozialgesetzbuch II (Hartz IV)? <input type="checkbox"/> Nein <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja</span> Wenn ja, von Sozialbehörde/ Geschäftszeichen		
Sind Behinderungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - Schwerbehindertenrecht - festgestellt worden oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja</span> Wenn ja, von/ bei Versorgungsamt/Geschäftszeichen		
Lag wegen der Impfung Arbeitsunfähigkeit vor? <input type="checkbox"/> Nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Ja, von</span> <span style="float: right;">bis</span> Wurde aus diesem Grund Krankengeld gezahlt? <input type="checkbox"/> Nein <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Ja, von</span> <span style="float: right;">bis</span>		
Werden bzw. wurden Leistungen nach dem Bundes-Seuchengesetz, Impfschadengesetz oder nach dem Recht der ehemaligen DDR gewährt? <input type="checkbox"/> Nein <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ja</span> Wenn ja, von Behörde/ Geschäftszeichen, auch einmalige Zahlungen, Abfindungen usw. angeben		

Bemerkungen:

---



---



---



---

## Allgemeines und Rechtsgrundlagen

### Mitwirkung

Für die Entscheidung über Ihren Antrag benötigt das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin – Abteilung Versorgung (Versorgungsamt) – aktuelle Angaben über Ihren Gesundheitszustand. Das Versorgungsamt ist auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Mitwirkung heißt, Sie müssen wahrheitsgemäß alle Tatsachen und Beweismittel angeben, die für die Entscheidung über Ihren Antrag auf Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts von Bedeutung sind (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 SGB I). Kommen Sie dieser gesetzlich vorgeschriebenen Mitwirkungspflicht nicht nach, kann das Versorgungsamt die beantragten Feststellungen ganz oder teilweise versagen (§ 66 Abs. 1 SGB I).

### Datenschutz

Der Schutz Ihrer Sozialdaten ist gewährleistet. Die in diesem Formular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung benötigt. Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung bilden die §§ 67 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), die zuletzt aufgrund der Art. 6 Abs. 1 Buchstabe e) und Artikel 9 Abs. 2 Buchstabe b) der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) angepasst wurden sowie das Berliner Datenschutzgesetz.

Die Daten werden im Landesamt für Gesundheit und Soziales – Abteilung Versorgung (Versorgungsamt) sowohl in Papierform als auch elektronisch gespeichert. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Daten bzw. Vernichtung der Akten orientiert sich an verwaltungsrechtlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten (z.B. bei Bescheidung, Wegzug, Aktenabgabe, Tod) und variiert je nach Leistungs- und Erledigungsart zwischen 1 und 10 Jahren nach Eintritt des Anlasses.

Verantwortliche Behörde gemäß Art. 4 Nr. 7 DSGVO ist das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo), Abteilung III, Versorgungsamt, Sächsische Straße 28, 10707 Berlin.

Der oder die Beauftragte für den Datenschutz im Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin ist unter dem Stellenzeichen ZS L DSB, Tel.: 030-90229-1209, Fax: 030-90229-1095, E-Mail-Adresse: datenschutz@lageso.berlin.de, Sächsische Straße 28, 10707 Berlin zu erreichen.

Folgende Rechte stehen Ihnen nach Art. 15 bis 22 DSGVO in Verbindung mit §§ 67b, 81 – 84 SGB X zu:

- Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten
- Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu Ihrer Person
- Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu Ihrer Person
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu Ihrer Person
- Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung;  
Ein derartiger Widerspruch kann jedoch wegen fehlender Mitwirkung zu einer Ablehnung Ihres Antrags führen.
- Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung
- Recht, jederzeit die Behörde der/des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit anzurufen (§ 81 Abs. 1 Nr. 2 SGB X):

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit  
Friedrichstr. 219  
Besuchereingang: Puttkamerstr. 16 - 18 (5. Etage)  
10969 Berlin  
Telefon: (030) 13889-0  
Telefax: (030) 2155050  
E-Mail: mailbox@datenschutz-berlin.de

### **Kenntnisnahme weiterer Informationen**

Zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht ist es erforderlich, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) Unterlagen beizieht, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand geben können. Deshalb benötigen wir von Ihnen die nachfolgende **Einwilligungserklärung (Schweigepflichtentbindung)**. Alternativ haben Sie die Möglichkeit, medizinische und sonstige Unterlagen bei den behandelnden Ärzten und Einrichtungen selbst einzuholen und dem LAGeSo zur Verfügung zu stellen.

Sollten Sie sich für die selbständige Einholung und Einreichung der medizinischen Unterlagen entscheiden, ist die Abgabe der Einwilligungserklärung nicht erforderlich. In diesem Zusammenhang weisen wir Sie darauf hin, dass nach den im Sozialen Entschädigungsrecht geltenden Beweisregelungen bei Unbrauchbarkeit der von Ihnen vorgelegten Unterlagen Ihr Antrag bereits aus diesen Gründen abgelehnt werden kann.

### **Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit widersprechen kann (§ 76 Abs. 2 SGB X).**

Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

Falls Änderungen in den vorstehend gemachten Angaben eintreten - insbesondere Wohnortwechsel - werde ich das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) benachrichtigen.

### **Rechtsgrundlage für die Tätigkeit externer Gutachterinnen/Gutachter für das LAGeSo Berlin:**

Externe Gutachterinnen und Gutachter sind auf der Basis einer Vereinbarung für das LAGeSo tätig. Mit dieser Vereinbarung verpflichten sich die Gutachterinnen und Gutachter:

- Datenschutz und Datensicherheit zu gewährleisten,
- die überlassenen Sozialdaten keiner anderweitigen Nutzung und Verwendung zuzuführen und nicht an Dritte weiterzugeben,
- die Daten und Akten durch technisch-organisatorische Maßnahmen so zu schützen, dass Unbefugte keine Zugriffs- bzw. Zugangsmöglichkeit haben
- sowie Gutachten nach der Anlage zu § 2 der Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV - in der jeweils gültigen Fassung) - „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ zu erstellen.

Bei der Bewilligung von Geldleistungen erfolgt die Zahlbarmachung anhand der dafür erforderlichen Daten im Auftrag des LAGeSo Berlin durch Dataport, Anstalt des öffentlichen Rechts, 28217 Bremen. Auch dort gelten die gleichen Betroffenenrechte, wie oben dargelegt. Die Voraussetzungen von Art. 28 DSGVO werden eingehalten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass medizinische Daten, die dem Versorgungsamt vorliegen und/ oder aufgrund meiner Einwilligungserklärung zugehen,

- an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung nach dem Sozialgesetzbuch übermittelt werden dürfen.
- an intern und extern beauftragte Gutachterinnen und Gutachter, die dem Datenschutz verpflichtet sind und einer Verschwiegenheitsverpflichtung unterliegen, zur medizinischen Beurteilung übermittelt werden.
- an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit auf deren Aufforderung hin übermittelt werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Behörde gemäß § 63 IfSG in Verbindung mit § 81 a des Bundesversorgungsgesetzes grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen Dritte (z.B. Impfärztin/ Impfarzt bzw. ihrer/seiner Versicherung oder dem Arzneimittelhersteller) geltend zu machen.
- meine Schadensersatzansprüche gegen Dritte mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z.B. Vergleiche) mit den Dritten treffen darf.

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Infektionsschutzgesetz gestellt habe.**

Ort, Datum:

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin oder des gesetzlichen oder bestellten Vertreters / der Vertreterin oder des Betreuers / der Betreuerin:



### Einverständnis- und 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:

erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten, Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden - auch soweit sie von anderen Ärzten / Ärztinnen oder Stellen erstellt worden sind - allerdings nur in dem Umfang, wie sie Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einverständniserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren, für ein sich ggf. anschließendes Überprüfungs-/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 behandelnden und beteiligten Ärzte/Ärztinnen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht und genehmige ausdrücklich die Verwertung dieser Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren.

- ja
- nein
- Von folgenden Ärztinnen und Ärzten/ Einrichtungen dürfen keine Auskünfte und Unterlagen eingeholt werden:

.....

-bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ort, Datum:

Unterschrift für Einverständniserklärung:

.....

.....

**Hinweis:** Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die eigenhändige Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers - nicht die des ggf. Bevollmächtigten - erforderlich.