

**Landesamt für Gesundheit und Soziales
Versorgungsamt Berlin**

Sächsische Str. 28
10707 Berlin

GeschZ.: III B



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

Bitte für amtliche Zwecke freihalten!
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

Familiename (ggf. Geburtsname)		Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Wohnort, ggf. Kreis)		Telefon	
Wohnort am 18.5.1990		Fax	
		E-Mail	
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartner/in <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden seit			
Zahl der Kinder	Geburtsjahre der Kinder		
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 und ggf. Bestallungsurkunde vorlegen.			
Name der Mutter bei der Geburt des/r Antragstellers/in:			
Vorname: _____ geb. am: _____			

In welchem Krankenhaus wurde der/die Antragsteller/in geboren?

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/r Impfarztes/ärztin:

III. Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen

von	-	bis	Bezeichnung der Krankenkasse oder Krankenversicherung und Anschrift

IV. Ärztliche Behandlungen und Krankenhausbehandlungen nach der Impfung

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

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

von	-	bis	Name des/r behandelnden Arztes/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>1. Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und dergleichen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:</p> <p>wenn ja, von _____ (Versicherungsträger / Geschäftszeichen)</p>
<p>2. Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:</p> <p>wenn ja, von _____ (Dienststelle / Geschäftszeichen)</p>
<p>3. Beziehen Sie eine Rente nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen des Sozialen Entschädigungsrechts? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:</p> <p>wenn ja, von _____ (Dienststelle / Geschäftszeichen)</p>

4. Beziehen Sie Leistungen von der Agentur für Arbeit? Nein Ja:
wenn ja, von _____

(Arbeitsagentur / Geschäftszeichen)

5. Beziehen Sie Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) oder Sozialgesetzbuch II (Hartz IV)? Nein Ja:
wenn ja, von _____

(Sozialbehörde / Geschäftszeichen)

6. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis beantragt oder bereits erhalten? Nein Ja:
wenn ja, von _____

(Versorgungsamt / Geschäftszeichen)

7. Lag wegen der Impfung Arbeitsunfähigkeit vor?

Nein Ja: von _____ bis _____

Wurde aus diesem Grunde Krankengeld gezahlt?

Nein Ja: von _____ bis _____

8. Werden bzw. wurden Leistungen nach dem Bundes-Seuchengesetz, Impfschädengesetz oder nach dem Recht der ehemaligen DDR gewährt (ggf. bitte Behörde und deren Geschäftszeichen angeben), z.B. auch einmalige Zahlungen, Abfindungen usw.?

Bemerkungen:

Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen überwiesen werden an
Kontoinhaber/in

Konto-Nr.

Geldinstitut

Bankleitzahl

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 dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.

Soweit Änderungen in den vorstehend gemachten Angaben eintreten – insbesondere Wechsel des Wohnortes - , werde ich das Versorgungsamt benachrichtigen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt die für die Entscheidung über den vorstehenden Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem IfSG erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Unterlagen (Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder), auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt sind, zur Einsicht beizieht.

Ich entbinde die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht und stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Verwaltungsverfahren zu.

Als Unterlagen füge ich bei:

Ort, Datum

Unterschrift des/r Antragstellers/Antragstellerin oder gesetzlichen Vertreters bzw. Betreuers/in

Hinweis zum Datenschutz:

Ich weise darauf hin, dass Sie nach dem Sozialgesetzbuch zur Mitteilung der vorstehenden Angaben verpflichtet sind und diese mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden können.

Sollte die Ausfüllung dieses Antragsbogens Schwierigkeiten bereiten, bin ich gern bereit, Ihnen dabei zu helfen.

Ich bitte Sie, mich dann in den Sprechstunden aufzusuchen.

Bitte alle drei Erklärungen ausfüllen und unterschreiben!

Name: _____
Straße, Hausnr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Az: _____
(vom Versorgungsamt auszufüllen)

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt für die Feststellung die erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

.....
Name: _____
Straße, Hausnr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Az: _____
(vom Versorgungsamt auszufüllen)

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt für die Feststellung die erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters

.....
Name: _____
Straße, Hausnr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____

Az: _____
(vom Versorgungsamt auszufüllen)

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt für die Feststellung die erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden und Trägern der Sozialversicherung geführten Untersuchungsunterlagen (Krankenscheine, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder usw.) zur Einsicht bezieht.

Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters