

## Vorblatt zum Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer

nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)

### **Sehr geehrte Antragstellerin, sehr geehrter Antragsteller,**

Sie haben eine Gewalttat erlebt und möchten wegen deren gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen Leistungen nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) beantragen. Das können Sie bei uns als Ihrer zuständigen Versorgungsbehörde tun. Unsere Adresse finden Sie auf der Internetseite des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (<https://www.berlin.de/lageso/versorgung>) unter „Versorgung, Soziales Entschädigungsrecht“.

Bitte füllen Sie das beiliegende Formular möglichst vollständig aus und senden es unterschrieben zurück.

**Hinweis:** Schmerzensgeld können Sie nur gegenüber dem Täter/der Täterin geltend machen.

### **Benötigen Sie Unterstützung bei der Antragstellung?**

Möglicherweise empfinden Sie einige der Angaben als belastend, die mit diesem Antragsformular von Ihnen erbeten werden. Sollten Sie beim Ausfüllen aus diesem oder aus anderen Gründen Hilfe benötigen, können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Unterstützung erhalten Sie selbstverständlich auch bei allen Organisationen der Opferhilfe. Zum Beispiel bietet der WEISSE RING e. V. unter der kostenfreien EU-einheitlichen Telefonnummer 116 006 einen Beratungsdienst für Opfer von Straftaten an, der u.a. an regionale Außenstellen oder andere Organisationen in Ihrer Nähe weiterverweist. Opfer von sexuellem Missbrauch können sich kostenfrei und anonym an die Telefonische Anlaufstelle des Unabhängigen Beauftragten zu Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs unter der Telefonnummer 0800-2255530 wenden. Die Sprechzeiten sind montags von 8 bis 14 Uhr, dienstags, mittwochs und freitags von 16 bis 22 Uhr sowie sonntags von 14 bis 20 Uhr.

Insbesondere gewaltbetroffene Frauen können sich rund um die Uhr und kostenfrei unter der Telefonnummer 08000 116 016 von den Mitarbeiterinnen des bundesweiten Hilfetelefons „Gewalt gegen Frauen“ beraten lassen. Das Angebot ist mehrsprachig und barrierefrei. Es wird zudem eine E-Mail- und eine Chatberatung angeboten ([www.hilfetelefon.de](http://www.hilfetelefon.de)).

Opfer von Straftaten können sich auch an die **Opferhilfe Berlin e.V. -Beratungsstelle für Opfer von Straftaten-**wenden ([www.opferhilfe-berlin.de](http://www.opferhilfe-berlin.de) / Tel.: 030 3952867).

Wenn Sie Unterstützung bei der psychischen Aufarbeitung und Bewältigung der an Ihnen verübten Gewalttat suchen, können Sie mit Psychotherapeuten / Psychotherapeutinnen oder entsprechenden Beratungsstellen in Kontakt treten. Bei der Suche sind Ihnen Ihre Krankenkasse, Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin und die Organisationen der Opferhilfe behilflich. Auch das Hilfeportal Sexueller Missbrauch ([www.hilfeportal-missbrauch.de](http://www.hilfeportal-missbrauch.de)) des UBSKM unterstützt Sie dabei mit einer bundesweiten Datenbank.

## **Welche Angaben müssen Sie zur Gewalttat machen?**

Als verantwortlicher Leistungsträger sind wir verpflichtet, die Voraussetzungen für eine Leistungserbringung in jedem Einzelfall zu prüfen. Dazu müssen wir den Sachverhalt eigenständig aufklären, sind jedoch auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Sind z.B. keine Zeugen der Tat vorhanden und lässt sich die Tat nicht anderweitig nachweisen, müssen Sie unter Umständen sehr detaillierte Angaben zur Gewalttat machen.\*

Sollte Ihnen das nicht möglich sein, reichen zunächst ungefähre Angaben zu Tatort und Tatzeit aus (z.B. „Anfang bis Mitte 1977 unter anderem in der eigenen Wohnung“).

Falls schon ein Strafverfahren eingeleitet oder durchgeführt wurde, können die Erkenntnisse daraus hilfreich für eine schnellere Aufklärung des Sachverhalts sein. Außerdem wird Ihnen eventuell erspart, erneut Angaben zur Tat machen zu müssen. Bitte geben Sie daher das Aktenzeichen von Polizei und/oder Staatsanwaltschaft an, damit wir die Ermittlungsakten anfordern können.

Selbst wenn der Täter/die Täterin nicht verurteilt wurde oder nicht zu ermitteln ist, können Sie unter bestimmten Umständen eine Entschädigung erhalten.

## **Wann können Sie mit einer Entscheidung über Ihren Antrag rechnen?**

Wir sind bestrebt, zügig über Ihren Antrag zu entscheiden. Bitte haben Sie Verständnis, dass dies im Falle umfangreicher Sachverhaltsaufklärung mehrere Monate in Anspruch nehmen kann. Selbstverständlich werden wir Sie von Zeit zu Zeit über den Sachstand unterrichten. In Ausnahmefällen können bereits vor Abschluss der Ermittlungen Leistungen nach dem OEG erbracht werden (z.B. für psychische Soforthilfe). Ob dies in Ihrem Fall möglich ist, klären Sie bitte ggf. mit dem zuständigen Bearbeiter/der Bearbeiterin. Die Bestätigung, die Sie nach Eingang Ihres Antrags von uns erhalten, enthält die entsprechenden Kontaktdaten.

## **Datenschutzrechtliche Hinweise**

Ihre Angaben werden nur mit Ihrer Einwilligung und nur - soweit notwendig - an die am Verfahren Beteiligten weitergeleitet. Sie werden nicht Dritten zur Verfügung gestellt. Bitte beachten Sie hierzu auch die datenschutzrechtlichen Hinweise im Antrag. Die behördliche Datenschutzbeauftragte Frau Ave erreichen Sie unter:

LAGeSo - ZSL DSB  
030-90229 1209  
datenschutz@lageso.berlin.de

## **Weitere Hinweise**

Um dem Staat die Möglichkeit zu geben, den Täter/die Täterin zu verfolgen, sieht das OEG grundsätzlich vor, dass der Antragsteller/die Antragstellerin unverzüglich Strafanzeige erstattet. In Fällen, in denen dies für die Betroffenen besonders belastend ist – dazu gehören z.B. sexueller Missbrauch innerhalb der Familie oder häusliche Gewalt –, kann darauf verzichtet werden. Bitte legen Sie ggf. die Gründe dar, weshalb Sie keine Strafanzeige gestellt haben bzw. stellen möchten.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Schadensersatzansprüche gegen den Täter/die Täterin (mit Ausnahme Ihres Anspruchs auf Schmerzensgeld) zum Zeitpunkt der Antragstellung nach dem OEG auf den Staat übergehen. Das bedeutet, dass wir die Leistungen, die wir erbringen, grundsätzlich vom Täter/von der Täterin zurückfordern müssen. Dadurch erhält dieser/diese Kenntnis von Ihrer Antragstellung. Wenn Sie erhebliche Nachteile für sich oder Ihre Angehörigen befürchten, kann möglicherweise auf eine Rückforderung verzichtet werden (siehe hierzu Seite 5 des Antragsformulars).

## **Ihr Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin**

Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen  
Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin  
Versorgungsamt und Hauptfürsorgestelle  
Sächsische Str. 28  
10707 Berlin

Bitte frei lassen für Eingangsvermerk der Behörde

## Antrag auf Leistungen für Gewaltopfer

nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG)

### I. Angaben zur Person

Alle Angaben bitte in Blockschrift! Zutreffendes bitte ankreuzen

Familiennamen:			
Vorname:			
ggf. auch Geburtsname:			
Geburtsdatum:			
Geburtsort:			
Geschlecht:	männlich	weiblich	weiteres _____
Straße, Hausnummer:			
Postleitzahl, Ort:			
Telefon (tagsüber erreichbar):			
Fax:			
E-Mail:			
Familienstand:	ledig	verheiratet	in Lebenspartnerschaft lebend
	verwitwet	getrennt lebend	geschieden
	Lebenspartnerschaft aufgehoben		
seit:			

Zahl der Kinder:
Staatsangehörigkeit: (Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises / Reisepasses bei)
<b>Sie sind ausländische(r) Antragsteller/Antragstellerin oder aus einem Nicht-EU-Staat</b> in der Bundesrepublik Deutschland <b>ununterbrochen</b> wohnhaft seit: Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland seit: Fügen Sie bitte eine Kopie des aktuellen Aufenthaltstitels oder der entsprechenden Seite des Passes bei.
<b>Bevollmächtigte, gesetzliche Vertreter, Betreuer</b> (Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellsurkunde bzw. des Betreuerausweises bei)
Familienname, Vorname
Anschrift:
Tel (tagsüber erreichbar): _____ Fax: _____
E-Mail: _____

## II. Angaben zur Gewalttat

<b>1. Tatzeit</b> (soweit möglich: Uhrzeit, Tag, Monat, Jahr):
<b>2. Tatort</b> (soweit möglich: Ortsbeschreibung, z.B. Ort, Straße, Hausnummer, Wohnung):  Arbeitsplatz Weg zum / vom Arbeitsplatz Schule / Ausbildungs-/ Betreuungseinrichtung Weg zu / von Schule / Ausbildungs-/ Betreuungseinrichtung sonstiger Tatort
Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres Arbeitgebers / Ihrer Ausbildungseinrichtung / Ihrer zuständigen Berufsgenossenschaft / Unfallkasse an:
<b>3. Ist Strafanzeige</b> erstattet worden? ja bei: _____ am (Datum): _____ Aktenzeichen: _____  nein, weil ( <b>Gründe bitte erläutern</b> )**
Ich mache von meinem gesetzlichen Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch      keinen Gebrauch

#### 4. Name und Anschrift - soweit bekannt

des Täters / der Täter / der Täterin/nen:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

weiterer Tatbeteiligter:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

von Tatzeugen:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

von Ersthelfern:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

#### 5. Hat ein **staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren** / gerichtliches Verfahren stattgefunden?

nein

ja, bei: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

#### 6. Tathergang

(Bitte schildern Sie den wesentlichen Ablauf der Gewalttat;  
statt dessen können Sie auch eine Kopie des Strafantrages und / oder des Polizeiprotokolls beifügen)

Ich kann hierzu zur Zeit keine Angaben machen

\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

\*\*Nach dem OEG sind Sie verpflichtet, das Ihnen Mögliche zur Sachverhaltsaufklärung und Verfolgung des Täters / der Täterin beizutragen. Dazu gehört grundsätzlich die Erstattung einer Strafanzeige. Gemäß § 52 der Strafprozessordnung besteht ein gesetzliches Zeugnisverweigerungsrecht für Verlobte, Ehegatten und Lebenspartner des Beschuldigten, auch wenn die Ehe oder Lebenspartnerschaft nicht mehr besteht sowie mit dem Beschuldigten in gerader Linie verwandte oder verschwägerte Personen (z. B. Eltern, Großeltern), bzw. in der Seitenlinie bis zum dritten Grad verwandte oder bis zum zweiten Grad verschwägerte Personen (z. B. Geschwister, Onkel, Tante).

### III. Angaben zu Gesundheitsstörungen / Schädigungen

<p>1. Zu welchen körperlichen und / oder seelischen <b>Gesundheitsstörungen</b> hat die Gewalttat geführt?*</p>
<p>2. Liegen diese heute noch vor?*</p> <p>ja, folgende: _____ nein</p>
<p>3. <b>Nur in Ausnahmefällen:</b> Möchten Sie bereits vor der Entscheidung über diesen Antrag vorläufige Leistungen der Heilbehandlung erhalten (z. B. psychische Soforthilfe)? Das Versorgungsamt teilt Ihnen die Voraussetzungen mit.</p> <p>nein <span style="float: right;">ja (bitte begründen*)</span></p> <p>_____</p>
<p>4. Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene <b>Hilfsmittel beschädigt</b> (z.B. Brille, Hörgerät, Zahnersatz)?</p> <p>ja, folgende _____ nein</p>
<p>5. Sind Sie <b>krankenversichert</b>?</p> <p>ja <span style="float: right;">nein</span></p> <p>falls ja: <span style="margin-left: 100px;">gesetzlich</span> <span style="margin-left: 100px;">privat</span></p> <p>derzeitige Krankenkasse:</p> <p>Mitglied seit:</p> <p>ggf. frühere Krankenkasse:</p>

### IV. Angaben zu ärztlichen/psychotherapeutischen Behandlungen

<p>1. <b>Stationäre Behandlung</b> wegen der Folgen der Gewalttat*</p> <p>von - bis:</p> <p>Name, Anschrift des Krankenhauses und / oder der Reha-Einrichtung:</p> <p>Abteilung / Station:</p>
--

**2. Ambulante Behandlung** wegen der Folgen der Gewalttat\* von-bis:

Name, Anschrift Hausarzt / behandelnde(r) Arzt / Ärztin / Psychotherapeut/in

ggf. Fachrichtung: \_\_\_\_\_

**3. Welche der unter Ziffer III geltend gemachten Gesundheitsstörungen / Schädigungen haben bereits vor der Gewalttat bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)?\***

keine                      folgende:

Name, Anschrift Arzt / Ärztin / Psychotherapeut/in:

Behandlung von - bis:

wegen welcher Gesundheitsstörung / Schädigung: \_\_\_\_\_

\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht

**V. Angaben zur beruflichen Situation**

1. Beruf / Tätigkeit, ggf. Studium vor der Gewalttat:

2. Möchten Sie im Falle der Anerkennung berufliche Rehabilitationsmaßnahmen (z.B. Umschulung) beantragen?

nein

ja

**VI. Sonstige Angaben**

2. Haben Sie wegen der Folgen der Gewalttat Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten?

ja

nein

falls ja, gegenüber

Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft, private Unfallversicherung)

Krankenversicherung

dem Täter / der Täterin (Schadensersatz / Schmerzensgeld)

gesetzlicher Rentenversicherung  ausländischen Entschädigungssystemen

sonstigen Leistungsträgern

2. Falls Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten besteht:

Haben Sie diese Ansprüche bereits geltend gemacht? (Bitte fügen Sie ggf. Belege bei)

ja, gegenüber

Name, Anschrift des Leistungsträgers oder Gerichts:

nein (**bitte begründen\***)

**3. Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz)?**

nein

ja, zuständige Behörde:

Aktenzeichen:

**4. Liegt eine anerkannte Behinderung vor?**

nein

ja, zuständige Behörde:

Aktenzeichen:

**5. Falls es zu einer Geldleistung kommt, soll diese auf folgendes Konto überwiesen werden:**

BIC:

IBAN:

Geldinstitut:

Kontoinhaber/in:

**6. Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:**

**7. Bei der Antragstellung hat mich unterstützt (z.B. Opferhilfeorganisation, Polizei, Psychotherapeut/in)**

**\*Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.**



## VII. Erklärungen zu rechtlichen Grundlagen

### Mitwirkung

Für die Entscheidung über Ihren Antrag benötigt das Versorgungsamt Berlin 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 von Bedeutung sind. Sie dürfen nichts weglassen oder beschönigen (§ 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 a-c 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.

Die Daten werden im Versorgungsamt sowohl in Papierform als auch elektronisch gespeichert. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Akten bzw. Vernichtung der Akten orientiert sich an verwaltungsrechtlichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten (z.B. bei Wegzug, Aktenabgabe, Tod) und variiert je nach Leistungs- und Erledigungsart.

Wenn das Versorgungsamt Auskünfte von Dritten (z.B. von Ärztinnen und Ärzten) benötigt, ist dafür Ihre Zustimmung erforderlich (Einwilligungserklärung).

Verantwortliche Behörde gemäß Art. 4 Abs. 7 DSGVO ist das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo), Abteilung III, Versorgungsamt.

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

1. Recht auf Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten (§ 83 Abs. 1 SGB X).
2. Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu Ihrer Person (§ 84 Abs. 1 SGB X).
3. Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu Ihrer Person (§ 84 Abs. 2 SGB X).
4. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu Ihrer Person (Art. 18 DSGVO).
5. Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung (§ 84 Abs. 1a SGB X in Verbindung mit § 20 Abs.4 Bundesdatenschutzgesetz). Ein derartiger Widerspruch kann jedoch wegen fehlender Mitwirkung zu einer Ablehnung Ihres Antrags führen.
6. Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung (§ 67b Abs. 4 SGB X i.V.m. Artikel 22 DSGVO).
7. Recht, jederzeit die Behörde der/des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit anzurufen (§ 81 Abs. 1 Nr. 2 SGB X).

### **Kenntnisnahme weiterer Informationen**

Zur Feststellung der Anspruchsvoraussetzungen nach dem Sozialen Entschädigungsrecht ist es erforderlich, dass das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) Unterlagen beizieht, die Auskunft über Ihren Gesundheitszustand geben können.

Deshalb benötigen wir von Ihnen die nachfolgende Einwilligungserklärung. 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 (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 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 (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), „Versorgungsmedizinische Grundsätze“ zu erstellen.

### **Rechtsgrundlage für die technische Verarbeitung außerhalb des Verantwortungsbereichs des LAGeSo Berlin**

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 Rechte, 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 habe Kenntnis, dass**

- das LAGeSo Berlin gemäß § 5 OEG in Verbindung mit § 81a des Bundesversorgungsgesetzes grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen die Täterin oder den Täter geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss das LAGeSo Berlin die Täterin oder den Täter frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf dem anliegenden Zusatzblatt die Gründe darstellen. Das LAGeSo Berlin 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 oder 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 oder dem Täter oder deren Versicherungen treffen darf.

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten 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:

- polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten
- 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:

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.





