



Landesamt für Gesundheit und Soziales

Abt. Versorgung – Versorgungsamt
und Hauptfürsorgestelle
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 Hinterbliebenenversorgung
nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim
Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) in Verbindung mit dem
Bundesversorgungsgesetz (BVG)

I. Angaben zur Person des/der Verstorbenen

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen

Familienname (ggf. Geburtsname)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/>	männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Staatsangehörigkeit		
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		
Todestag/-ort (Bitte Sterbeurkunde beifügen)		
Todesursache		
Bezog der/ die Verstorbene Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen oder war er/sie als Beschädigte/r nach dem IfSG anerkannt?		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, von (Behörde), bitte auch das Geschäftszeichen angeben		

Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben seit
Zahl der Kinder

II. Angaben zum schädigenden Ereignis

Ist der Tod durch eine Impfung eingetreten?
Art der Impfung
Tag der Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> Erstimpfung <input type="checkbox"/> Zweitimpfung am: _____ <input type="checkbox"/> Erstimpfung <input type="checkbox"/> Zweitimpfung
Wo und bei welcher Stelle wurde die Impfung durchgeführt? (Land, Stadt und medizinische Einrichtung bitte angeben)
Bei einer Impfung im Ausland Warum 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 Impfung machen?
Welche Ärztin/welcher Arzt wurde zuerst aufgesucht? Zu welchem Zeitpunkt? Bitte genaue Anschrift angeben!
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?
Welche Körperschäden haben schon vor der Impfung bestanden?

War der /die Verstorbene 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?
Sind Krankheiten in der Familie, z.B. bei Eltern, Großeltern bekannt?

III. Personalien des/ der Hinterbliebenen

Witwe / Witwer Waise Lebenspartner/in Eltern

Familienname
Vorname
ggf. auch Geburtsname
Geburtsdatum
Geburtsort
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Ort
Telefon (freiwillige Angabe)
E-Mail (freiwillige Angabe)
Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Lebenspartnerschaft lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben seit
Zahl der Kinder

Leben außer dem Antragstellenden noch weitere Kinder des/r Verstorbenen?

Namen/ Anschriften

Waren sie schon zu Lebzeiten des/r Verstorbenen auf dessen Unterstützung angewiesen?

nein

ja

Wenn ja, aus welchem Grund?

IV. Sonstige Ansprüche und Leistungen (Bitte auch angeben, wenn bisher nur der Antrag gestellt wurde.)

Haben Sie Schadensersatzansprüche bei der Impfärztin/dem Impfarzt bzw. bei ihrer/seiner Versicherung oder dem Arzneimittelhersteller angemeldet?

nein

ja

Wenn ja, bei Name/ Anschrift/ Geschäftszeichen

Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung und dergleichen?

nein

ja

Wenn ja, von Versicherungsträger/ Geschäftszeichen

Beziehen Sie Leistungen nach beamtenrechtlichen Bestimmungen?

nein

ja

Wenn ja, von Dienststelle/ Geschäftszeichen

Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz oder anderen Gesetzen des Sozialen Entschädigungsrechts?

nein

ja

Wenn ja, von Dienststelle/Geschäftszeichen

Beziehen Sie Leistungen von der Agentur für Arbeit?

nein

ja,

Wenn ja, von Agentur für Arbeit/ Geschäftszeichen

Beziehen Sie Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XII (Sozialhilfe) oder Sozialgesetzbuch II (Hartz IV)?

nein

ja

Wenn ja, von

Wenn ja von Sozialbehörde/ Geschäftszeichen

Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei

Allgemeines und Rechtsgrundlagen

Mitwirkung

Für die Entscheidung über Ihren Antrag benötigt das Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin – Abteilung Versorgung (Versorgungsamt) Angaben über den Gesundheitszustand des Verstorbenen. 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 (§ 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 –Abt. 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 Stellezeichen 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: Putkamerstr. 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 (LAGeSo) Unterlagen beizieht, die Auskunft über den Gesundheitszustand des Verstorbenen 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

<https://www.berlin.de/lageso/>

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 (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 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 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.