

Hessisches Amt für Versorgung und  
Soziales Fulda – Versorgungsamt –  
Washingtonallee 2  
36041 Fulda  
Tel: 0661/6207-307

**A n t r a g**  
**auf Gewährung von Versorgung wegen Impfschäden**  
**nach §§ 60 ff Infektionsschutzgesetz (IfSG)**

1. Familienname, Vorname (bei verheirateten Antragstellern, ggf. auch Geburtsname):

\_\_\_\_\_

2. Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort, Kreis, Land:

\_\_\_\_\_

3. Wohnort, Kreis, Straße, Hausnummer:

\_\_\_\_\_

4. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.:

\_\_\_\_\_

5. Beruf: \_\_\_\_\_ a) vor der Schädigung:

b) jetzt:

\_\_\_\_\_

6. Familienstand:      ledig       verheiratet       verwitwet       geschieden   
(Zutreffendes ankreuzen)

7. Bei Minderjährigen, geistig oder körperlichen Gebrechlichen auch **Name der Eltern:**

**Vater:** \_\_\_\_\_ **Mutter:** \_\_\_\_\_ geborene: \_\_\_\_\_

ggf. wer ist gesetzlicher Vertreter? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgungsantrag gestellt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Auf welche Impfung werden diese Gesundheitsstörungen zurückgeführt?  
(**Impfausweis bitte beifügen**)

Impfung gegen      Tag der Impfung      Ort der Impfung/Kreis/Land

\_\_\_\_\_

10. Wurde die Impfung im Zusammenhang mit der Berufsausübung durchgeführt? Falls ja: Wurde der Impfschaden gegenüber dem Arbeitgeber bzw. dem Unfallversicherungsträger angezeigt?  
Anschrift des Arbeitgebers:

\_\_\_\_\_

11. Weitere Impfungen, die **nicht** mit den unter Ziffer 8. genannten Leiden in Zusammenhang gebracht werden:

Impfung gegen	Tag der Impfung	Ort der Impfung/Kreis/Land
---------------	-----------------	----------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

12. Wann genau traten nach der Impfung (Ziffer 9) gesundheitliche Komplikationen auf?

am \_\_\_\_\_  
Tag    Monat    Jahr

13. Welcher Art waren diese gesundheitlichen Komplikationen?  
(Schildern Sie bitte alle Details möglichst genau).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Wie verlief die weitere körperliche und geistige Entwicklung nach der Impfung?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Ist das Gesundheitsamt oder der impfende Arzt über das Auftreten von Impfkomplicationen unterrichtet worden?       ja       nein

Falls ja, welches Gesundheitsamt und wann (genaue Anschrift)?

\_\_\_\_\_

Name und Adresse des Impfarztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. In welchen Krankenhäusern und/oder von welchen Ärzten – die Behandlungsdaten sind möglichst genau anzugeben – wurden Sie stationär oder ambulant nach der Impfung behandelt?

von - bis

Krankenhaus/Arzt

Anschrift (Ort/Straße)

---

---

---

---

---

17. Nur beantworten, falls Sie wegen eines Auslandsaufenthaltes geimpft worden sind.

a) Wo und durch wen wurde die Impfung durchgeführt (genaue Anschrift des Arztes bzw. der Klinik)?

---

---

b) Haben Sie sich bzw. Ihre Eltern zur Zeit der Impfung aus beruflichen Gründen oder zur Ausbildung nicht nur vorübergehend im Ausland aufgehalten? - bitte ausführlich begründen -

---

---

---

### **Entwicklung vor der Impfung**

18. Beantwortung dieser Fragen ist nur erforderlich, soweit die schädigende Impfung im Säuglings- bzw. Kindesalter erfolgte (Fragen ggf. mit Ihren Eltern beantworten!)

a) Wie verlief die Schwangerschaft?, 1. Schwangerschaft?, Frühere Fehl- oder Frühgeburten?, Weitere Schwangerschaften?

---

---

---

b) Erfolgte die Geburt zum errechneten Geburtstermin und wie war der Geburtsverlauf?

---

---

---

c) In welcher Klinik fand die Entbindung statt? – genaue Anschrift angeben –

---

d) Wie verlief Ihre Entwicklung bis zur angeschuldigten Impfung? (Krabbeln, Sitzen, Stehen, Laufen, Sprechen, Sauberkeitserziehung, kontinuierliche Gewichtszunahme, Zahnen, Essverhalten, Schlaf- und Spielgewohnheiten, soziales Verhalten, sozialer Kontakt). – evtl. gesondertes Blatt benutzen –

---

---

---

---

e) Sind Sie im Besitz von Fotografien aus der Zeit vor und nach der Impfung? Bejahendenfalls bitte ich, diese dem Versorgungsamt für kurze Zeit leihweise zu überlassen.

19. Fanden vor der Impfung ambulante oder stationäre Untersuchungen oder Behandlungen statt? Bejahendenfalls bitte ich um Mitteilung des Behandlungs- bzw. Untersuchungszeitraumes und Bekanntgabe der Anschrift des Arztes bzw. Krankenhauses.

von      bis                      Ort                      Anschrift des Krankenhauses bzw. Arztes:

---

---

---

---

---

---

20. Bestehen ernsthafte Erkrankungen oder Erbkrankheiten in Ihrer Familie? Bejahendenfalls welche?

---

---

21. Welcher Krankenkasse gehörten Sie zum Zeitpunkt der Impfung an?

von      bis                      Anschrift der Krankenkasse                      Arbeitgeber

---

---

---

22. Haben Sie die Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertenrecht beantragt? Ggf. bitte die zuständige Stelle und das dortige Geschäftszeichen angeben:

---

23. Eventuell zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

---

**Hinweis zur schnelleren Bearbeitung Ihres Antrages:**

**Folgende Unterlagen bitte ich, soweit Sie sich in Ihrem Besitz befinden, zur weiteren Prüfung Ihres Antrages hier vorzulegen: Geburtsurkunde, Impfbuch oder Impfschein, Krankenpapiere, ärztliche Befundunterlagen, Mutterpass, Geburtsbericht, Impfpass, Kinderuntersuchungsheft.**

**Einwilligungserklärung** (§§ 67, 100 des Sozialgesetzbuch-Verwaltungsverfahrens)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Hessische Amt für Versorgung und Soziales die für die Feststellung erforderlichen Auskünfte einholt und die über mich bei meinen Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen geführten medizinischen Unterlagen, insbesondere Entlassungsberichte /Zwischenberichte, Befundberichte, Röntgenbilder, in dem Umfang zur Einsichtnahme bezieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Behinderungen geben können.

Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über Psychiatrische, psychoanalytische und Psychotherapeutische Untersuchungen/Behandlungen.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Rechtsbehelfsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eingetretenen Sachverhalte und angefertigten Unterlagen. Ich genehmige die Verwertung dieser Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Raum für etwaige Einschränkungen des Einverständnisses:

---

---

---

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen gleichlautenden Antrag bei einer anderen Behörde gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Das Informationsblatt „Hinweise zum Datenschutz gem. Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)“ habe ich zur Kenntnis genommen.

---

Ort

---

Datum

---

Unterschrift (Antragsteller  
oder gesetzl. Vertreter)