

# Antrag auf Leistungen nach dem Vierzehnten Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung (SGB XIV) –

Hier bitte Name/Adresse der Versorgungsbehörde eintragen	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
--	---

## 1. Art des Antrags

Art des Antrags	<input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person <input type="checkbox"/> Änderungsantrag
-----------------	--

## 2. Beantragende Person

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers	<input type="checkbox"/> Ich für mich selbst <input type="checkbox"/> Ich für mein Kind <input type="checkbox"/> Ich als gerichtlich bestellte Betreuung für meine betreute Person <input type="checkbox"/> Ich als Bevollmächtigte/r für die durch mich vertretene Person <input type="checkbox"/> Sonstige
---	--

## 3. Angaben zur antragstellenden Person

Titel	Familiename	Vorname		
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland		
Straße		Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift		Staat		
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		

## 4. Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

Familiename	Vorname
Name des Unternehmens, Vereins oder einer sonstigen Organisation	
Beziehung zur antragstellenden Person	
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland	

Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Telefonnummer	E-Mail-Adresse		

### 5. Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)

Familienname		Geburtsname	
Vorname			
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt		<input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Auslandsanschrift	Staat		
Staatsangehörigkeit			
Sterbedatum		Sterbeort	
Todesursache			
Hat die verstorbene Person vor ihrem Tod soziale Entschädigungsleistungen bezogen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Verhältnis zur verstorbenen Person		<input type="checkbox"/> Witwen-/Witwerverhältnis <input type="checkbox"/> Kindschaftsverhältnis	
		<input type="checkbox"/> Elternschaftsverhältnis <input type="checkbox"/> Sonstige	
Sonstiger Familienstand:			
<b>Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)</b>			
Datum der Eheschließung/Eintragung der Lebenspartnerschaft		Ort der Eheschließung/Eintragung	
Wurde die Ehe/Lebenspartnerschaft geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen/Lebenspartnerschaften eingegangen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>			
Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person		<input type="checkbox"/> Ehelich <input type="checkbox"/> Nichteelich <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	
Familienname der gesetzlichen Vertretung		Vornamen der gesetzlichen Vertretung	
<b>Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>			
Familienname		Vorname	
Wo befindet sich die Anschrift?		<input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	
Auslandsanschrift		Staat	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit			
Hat der andere Elternteil weitere Kinder?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Andere Ansprüche</b>			
Wurden oder werden aus Anlass des Todes bereits laufende oder einmalige Leistungen gewährt oder beantragt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Haben Sie oder hatte die verstorbene Person Anspruch auf Rente nach versorgungsrechtlichen Bestimmungen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Rentenversicherung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Anschrift Zusatzangaben			

## 6. Art des Leistungsantrags

zutreffendes bitte ankreuzen (x)

<input type="checkbox"/>	<b>Für Opfer von Gewalttaten</b> (bitte füllen Sie den Antrag ab Ziffer 6.1 weiter aus)
<input type="checkbox"/>	<b>Für Geschädigte durch Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen zur spezifischen Prophylaxe</b> (bitte füllen Sie den Antrag ab Ziffer 6.2 weiter aus)
<input type="checkbox"/>	<b>Für Opfer von Kriegsauswirkungen beider Weltkriege</b> (bitte füllen Sie den Antrag ab Ziffer 6.3 weiter aus)

### 6.1 Angaben zur Gewalttat

Tatzeit (Datum)		Tatzeit (Uhrzeit)
Tatzeitraum beziehungsweise Tatzeiträume		
Tatort	<input type="checkbox"/> Private Wohnung oder Haus	
	<input type="checkbox"/> Arbeitsplatz Name und Anschrift des Arbeitgebers:	
	<input type="checkbox"/> Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung Name und Anschrift der Einrichtung:	
	<input type="checkbox"/> Weg zum/vom Arbeitsplatz oder zur/von Schule, Ausbildungs- oder Betreuungseinrichtung	
<input type="checkbox"/> Sonstiger Geschehensort:		
<b>Angaben zur Strafanzeige</b>		

Wurde Strafanzeige erstattet?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde				
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl	Ort	
Datum der Strafanzeige		Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
Warum wurde keine Strafanzeige erstattet?				
Welche Personen waren bei der Tat anwesend? (Name/Anschrift soweit bekannt)	<input type="checkbox"/> Täterin(nen) oder Täter			
	<input type="checkbox"/> Weitere Tatbeteiligte			
	<input type="checkbox"/> Tatzeugin(nen) oder Tatzeuge(n)			
	<input type="checkbox"/> Ersthelferin(nen) oder Ersthelfer			
	<input type="checkbox"/> Keine Person war anwesend			
	<input type="checkbox"/> Sonstige Tatbeteiligte			
	1.			
	2.			
	3.			
Ist ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren oder ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet worden?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde oder des Gerichts		Aktenzeichen/Geschäftszeichen des Verfahrens		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort	
Adresszusatz				
Postfach		Postleitzahl	Ort	
Können Sie Angaben zum Ablauf der Gewalttat machen?			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ablauf der Gewalttat				

<b>Gesundheitliche Folgen des schädigenden Ereignisses</b>			
Zu welchen körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?			
Liegen diese körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen heute noch vor?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen liegen heute noch vor?			
Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Hilfsmittel wurden durch die Gewalttat beschädigt?			
<b>Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses</b>			
Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in stationärer oder ambulanter Behandlung?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des Krankenhauses oder der Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
Haben Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits Körperschäden oder Gesundheitsstörungen gehabt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Welche Körperschäden oder Gesundheitsstörungen haben bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden?			
Waren Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits in stationärer oder ambulanter Behandlung?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aufgrund welcher Krankheit waren Sie in stationärer oder ambulanter Behandlung?			
<b>Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung vor dem schädigenden Ereignis</b>			
Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Behandlungszeitraum bzw. Behandlungszeiträume			
Waren Sie aufgrund der Impfung arbeitsunfähig?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beginn der Arbeitsunfähigkeit		Ende der Arbeitsunfähigkeit	
Haben Sie aufgrund Ihrer Arbeitsunfähigkeit Krankengeld erhalten?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beginn der Krankengeldzahlung		Ende der Krankengeldzahlung	

→bitte füllen Sie den Antrag jetzt ab Ziffer 7 weiter aus.

## 6.2 Angaben zur Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe

Art der Impfung oder der spezifischen Prophylaxe Maßnahme			
Bezeichnung des verwendeten Impfstoffs			
Datum der Impfung		Es handelte sich um eine <input type="checkbox"/> Erstimpfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsimpfung	
Name und Anschrift der medizinischen Einrichtung, in der Sie geimpft wurden			
<b>Angaben zur Impfärztin oder zum Impfarzt</b>			
Familiennamen		Vorname	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort

Warum konnten Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?			
Warum erfolgte die Impfung? <input type="checkbox"/> berufsbezogene Gründe <input type="checkbox"/> Impfpflicht			
<b>Angaben zum Arbeitgeber</b>			
Name des Arbeitgebers			
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Haben Sie den Vorfall Ihrer Berufsgenossenschaft gemeldet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aktenzeichen/Geschäftszeichen des Vorfalls			
Warum haben Sie den Vorfall nicht Ihrer Berufsgenossenschaft gemeldet?			
<b>Impfschäden im Säuglings- und Kleinkindalter</b>			
Erfolgte der Impfschaden im Säuglings- oder Kleinkindalter?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des Geburtskrankenhauses			
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
<b>Angaben zur Mutter</b>			
Familiename		Geburtsname	
Vornamen		Geburtsdatum	
<b>Gesundheitliche Folgen der Impfung</b>			
Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?			
In welchem zeitlichen Abstand zur Impfung haben sich erstmals Krankheitserscheinungen bemerkbar gemacht?		Tage	Wochen
Erläutern Sie den Krankheitsverlauf nach der Schutzimpfung.			

Schildern Sie die Krankheitssymptome, die heute noch vorliegen.			
Wurde eine Ärztin/ein Arzt aufgesucht?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
War die aufgesuchte Ärztin/der aufgesuchte Arzt die Impfärztin/der Impfarzt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Angaben zur aufgesuchten Ärztin/zum aufgesuchten Arzt (nur auszufüllen, wenn nicht identisch mit Impfärztin/Impfarzt)</b>			
Name			
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Wann wurde die Impfärztin/der Impfarzt aufgesucht? (Datum)			
<b>Weitere Angaben zum Impfschaden und zum Krankheitsverlauf</b>			
Können weitere Personen über Ihren Krankheitsverlauf Auskunft geben?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche anderen Personen können über Ihren Krankheitsverlauf Auskunft geben? ( <i>Name/Anschrift soweit bekannt</i> )			
Haben Sie das Gesundheitsamt über den Impfschaden informiert? Name/Anschrift des Gesundheitsamts		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann haben Sie das Gesundheitsamt informiert? (Datum)			
Waren Sie wegen einer Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt worden?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beginn der Zurückstellung		Ende der Zurückstellung	
Warum wurde die Impfung zurückgestellt?			
Sind Krankheiten (zum Beispiel Epilepsie oder Diabetes) in Ihrer Familie bekannt, zum Beispiel bei Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?			
<b>Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses</b>			
Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in stationärer oder ambulanter Behandlung?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name des Krankenhauses oder der Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			



Postfach	Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift	Staat	
Beginn der Behandlung	Ende der Behandlung	
Beginn der Behandlung	Ende der Behandlung	
Haben Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits Körperschäden oder Gesundheitsstörungen gehabt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Welche Körperschäden oder Gesundheitsstörungen haben bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden?		
Waren Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits in stationärer oder ambulanter Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Aufgrund welcher Krankheit waren Sie in stationärer oder ambulanter Behandlung?		
<b>Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung vor dem schädigenden Ereignis</b>		
Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson		
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland		
Straße	Hausnummer	Postleitzahl    Ort
Adresszusatz		
Postfach	Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift	Staat	
Behandlungszeitraum bzw. Behandlungszeiträume		
Waren Sie aufgrund der Impfung arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beginn der Arbeitsunfähigkeit	Ende der Arbeitsunfähigkeit	
Haben Sie aufgrund Ihrer Arbeitsunfähigkeit Krankengeld erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Beginn der Krankengeldzahlung	Ende der Krankengeldzahlung	

→ bitte füllen Sie den Antrag jetzt ab Ziffer 7 weiter aus.

### 6.3 Angaben zur Kriegsauswirkung aufgrund beider Weltkriege

<b>Angaben zum schädigenden Ereignis</b>	
Schädigendes Ereignis	<input type="checkbox"/> Dienstleistung in der Wehrmacht oder in militärischen Verbänden
	<input type="checkbox"/> Kriegsgefangenschaft
	<input type="checkbox"/> Sonstiges schädigendes Ereignis:
<b>Dienstleistung in der Wehrmacht oder in militärischen Verbänden</b>	
Beginn des Militärdienstes	Ende des Militärdienstes

Einheit (Bundeswehr)			
Letzter Dienstgrad			
Letzte Feldpostnummer oder Personenkennziffer			
<b>Kriegsgefangenschaft</b>			
Beginn der Kriegsgefangenschaft		Ende der Kriegsgefangenschaft	
Staat		Ort	
Kriegsgefangenen-Nummer			
<b>Angaben zu Gesundheitsstörungen oder Schädigungen</b>			
Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?			
Auf welche schädigenden Ereignisse werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt?			
Ereignis	Zeitraum	Staat	Ort
Ereignis	Zeitraum	Staat	Ort
Ereignis	Zeitraum	Staat	Ort
<b>Angaben zu ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen</b>			
Waren Sie während Ihrer Dienstzeit in Lazaretten oder sonstigen Krankenanstalten?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beginn		Ende	
Beginn		Ende	
<b>Angaben zum Krankenhaus/Lazarett</b>			
Krankenhaus/Lazarett			
Straße		Hausnummer	Postleitzahl
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
<b>Angaben zu sonstigen ärztlichen Behandlungen</b>			
Haben Sie aufgrund der geltend gemachten Gesundheitsstörungen weitere ärztliche Behandlungen in Anspruch genommen?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familiename		Vorname	
Straße		Hausnummer	Postleitzahl
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Beginn		Ende	

Beginn	Ende
--------	------

→ bitte füllen Sie den Antrag jetzt ab Ziffer 7 weiter aus.

### 7. Angaben zur Krankenversicherung

<b>Angaben zur Krankenversicherung</b>			
Form der Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> nicht versichert		
Name der Krankenkasse			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Mitgliedschaft seit (Datum)		Mitgliedsnummer/Krankenversicherternummer	
Frühere Krankenkasse			

### 8. Angaben zur Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

### 9. Sonstige Angaben

<b>Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten</b>			
Haben Sie wegen der Gesundheitsschädigungen, für die Sie hiermit Leistungen beantragen, Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?	<input type="checkbox"/> Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzliche Rentenversicherung <input type="checkbox"/> Bundesagentur für Arbeit <input type="checkbox"/> Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) <input type="checkbox"/> Ausländischen Entschädigungssystemen		
	<input type="checkbox"/> Sonstige Leistungsträger:		
Name der Stelle oder der Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
<b>Angaben zur Behinderung</b>			
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
<b>Antrag auf Versorgung</b>			

Haben Sie bereits einen Antrag auf Versorgung gestellt und beziehen gegebenenfalls Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingsgesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) beziehungsweise Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen		
<b>Unterstützung bei der Antragstellung</b>			
Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt?			

## Erklärungen

Ich habe Kenntnis, dass

- die Behörde gemäß § 120 SGB XIV in Verbindung mit § 116 SGB X grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen den oder die Täter oder Täterin(nen) geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss die Behörde den oder die Täter oder Täterin(nen) frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf dem anliegenden Zusatzblatt die Gründe darstellen. Die Behörde 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 den oder die Täter oder Täterin(nen) mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit dem oder den Tätern oder Täterin(nen) oder deren Versicherungen treffen darf.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem SGB XIV zugänglich gemacht worden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X) und
- den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind,
- den Hauptfürsorgestellen,
- den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I)
- sowie den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit

übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 in Verbindung mit § 76 Abs. 2 SGB X).

## Einverständniserklärung

