

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	☐ Erstantrag als geschädigte Person ☐ Erstantrag als hinterbliebene Person ☐ Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person ☐ Änderungsantrag
-----------------	--

2. Beantragende Person

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers	☐ Ich für mich selbst ☐ Ich für mein Kind ☐ Ich als gerichtlich bestellte Betreuung für meine betreute Person ☐ Ich als Bevollmächtigte/r für die durch mich vertretene Person ☐ Sonstige
---	--

3. Angaben zur antragstellenden Person

Titel	Familiename	Vorname		
Geburtsdatum		Geburtsort		
Geschlecht		☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		
Wo befindet sich die Anschrift?		☐ in Deutschland ☐ 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? ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	

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

1. Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)

Familienname		Geburtsname	
Vorname			
Geburtsdatum		Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Letzter Wohnsitz/gewöhnlicher Aufenthalt		☐ in Deutschland ☐ 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?			☐ Ja ☐ Nein
Verhältnis zur verstorbenen Person		☐ Witwen-/Witwerverhältnis ☐ Kindschaftsverhältnis	
		☐ Elternschaftsverhältnis ☐ Sonstige	
		Sonstiger Familienstand:	
Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)			
Datum der Eheschließung/Eintragung der Lebenspartnerschaft		Ort der Eheschließung/Eintragung	
Wurde die Ehe/Lebenspartnerschaft geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?			☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen/Lebenspartnerschaften eingegangen?			☐ Ja ☐ Nein
Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise geworden?			☐ Ja ☐ Nein
Kindschaftsverhältnis zur verstorbenen Person		☐ Ehelich ☐ Nichteelich ☐ Stiefkind ☐ Pflegekind	
Familienname der gesetzlichen Vertretung		Vornamen der gesetzlichen Vertretung	
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familienname		Vorname	
Wo befindet sich die Anschrift?		☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

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

2. Art des Leistungsantrags

zutreffendes bitte ankreuzen (x)

☐	Für Opfer von Gewalttaten (bitte füllen Sie den Antrag ab Ziffer 6.1 weiter aus)
☐	Für Geschädigte durch Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen zur spezifischen Prophylaxe (bitte füllen Sie den Antrag ab Ziffer 6.2 weiter aus)
☐	Für Opfer von Kriegsauswirkungen beider Weltkriege (bitte füllen Sie den Antrag ab Ziffer 6.3 weiter aus)

6.1 Angaben zur Gewalttat

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

Wurde Strafanzeige erstattet?			☐ Ja ☐ 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)	☐ Täterin(nen) oder Täter ☐ Weitere Tatbeteiligte ☐ Tatzeugin(nen) oder Tatzeuge(n) ☐ Ersthelferin(nen) oder Ersthelfer ☐ Keine Person war anwesend		
	☐ Sonstige Tatbeteiligte 1. 2. 3.		
Ist ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren oder ein gerichtliches Verfahren durchgeführt oder eingeleitet worden?			☐ Ja ☐ 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?			☐ Ja ☐ Nein
Ablauf der Gewalttat			

Gesundheitliche Folgen des schädigenden Ereignisses			
Zu welchen körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen hat die Gewalttat geführt?			
Liegen diese körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen heute noch vor?			☐ Ja ☐ Nein
Welche körperlichen oder seelischen Gesundheitsstörungen liegen heute noch vor?			
Wurden durch die Gewalttat am Körper getragene Hilfsmittel beschädigt?			☐ Ja ☐ Nein
Welche Hilfsmittel wurden durch die Gewalttat beschädigt?			
Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses			
Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in stationärer oder ambulanter Behandlung?			☐ Ja ☐ Nein
Name des Krankenhauses oder der Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? ☐ in Deutschland ☐ 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?			☐ Ja ☐ Nein

Welche Körperschäden oder Gesundheitsstörungen haben bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden?			
Waren Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits in stationärer oder ambulanter Behandlung?			☐ Ja ☐ Nein
Aufgrund welcher Krankheit waren Sie in stationärer oder ambulanter Behandlung?			
Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung vor dem schädigenden Ereignis			
Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Behandlungszeitraum bzw. Behandlungszeiträume			
Waren Sie aufgrund der Impfung arbeitsunfähig?			☐ Ja ☐ Nein
Beginn der Arbeitsunfähigkeit		Ende der Arbeitsunfähigkeit	
Haben Sie aufgrund Ihrer Arbeitsunfähigkeit Krankengeld erhalten?			☐ Ja ☐ 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 ☐ Erstimpfung ☐ Wiederholungsimpfung	
Name und Anschrift der medizinischen Einrichtung, in der Sie geimpft wurden			
Angaben zur Impfärztin oder zum Impfarzt			
Familiennamen		Vorname	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort

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

Schildern Sie die Krankheitssymptome, die heute noch vorliegen.			
Wurde eine Ärztin/ein Arzt aufgesucht?			☐ Ja ☐ Nein
War die aufgesuchte Ärztin/der aufgesuchte Arzt die Impfärztin/der Impfarzt?			☐ Ja ☐ Nein
Angaben zur aufgesuchten Ärztin/zum aufgesuchten Arzt (nur auszufüllen, wenn nicht identisch mit Impfärztin/Impfarzt)			
Name			
Wo befindet sich die Anschrift? ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Wann wurde die Impfärztin/der Impfarzt aufgesucht? (Datum)			
Weitere Angaben zum Impfschaden und zum Krankheitsverlauf			
Können weitere Personen über Ihren Krankheitsverlauf Auskunft geben?			☐ Ja ☐ Nein
Welche anderen Personen können über Ihren Krankheitsverlauf Auskunft geben? (Name/Anschrift soweit bekannt)			
Haben Sie das Gesundheitsamt über den Impfschaden informiert? Name/Anschrift des Gesundheitsamts			☐ Ja ☐ Nein
Wann haben Sie das Gesundheitsamt informiert? (Datum)			
Waren Sie wegen einer Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt worden?			☐ Ja ☐ 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?			☐ Ja ☐ Nein
Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?			
Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses			
Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in stationärer oder ambulanter Behandlung?			☐ Ja ☐ Nein
Name des Krankenhauses oder der Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? ☐ in Deutschland ☐ 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?			☐ Ja ☐ Nein
Welche Körperschäden oder Gesundheitsstörungen haben bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden?			
Waren Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits in stationärer oder ambulanter Behandlung?			☐ Ja ☐ Nein
Aufgrund welcher Krankheit waren Sie in stationärer oder ambulanter Behandlung?			
Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung vor dem schädigenden Ereignis			
Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Behandlungszeitraum bzw. Behandlungszeiträume			
Waren Sie aufgrund der Impfung arbeitsunfähig?			☐ Ja ☐ Nein
Beginn der Arbeitsunfähigkeit		Ende der Arbeitsunfähigkeit	
Haben Sie aufgrund Ihrer Arbeitsunfähigkeit Krankengeld erhalten?			☐ Ja ☐ 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

Angaben zum schädigenden Ereignis	
Schädigendes Ereignis	☐ Dienstleistung in der Wehrmacht oder in militärischen Verbänden
	☐ Kriegsgefangenschaft
	☐ Sonstiges schädigendes Ereignis:
Dienstleistung in der Wehrmacht oder in militärischen Verbänden	
Beginn des Militärdienstes	Ende des Militärdienstes

Einheit (Bundeswehr)			
Letzter Dienstgrad			
Letzte Feldpostnummer oder Personenkennziffer			
Kriegsgefangenschaft			
Beginn der Kriegsgefangenschaft		Ende der Kriegsgefangenschaft	
Staat		Ort	
Kriegsgefangenen-Nummer			
Angaben zu Gesundheitsstörungen oder Schädigungen			
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
Angaben zu ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlungen			
Waren Sie während Ihrer Dienstzeit in Lazaretten oder sonstigen Krankenanstalten?			☐ Ja ☐ Nein
Beginn		Ende	
Beginn		Ende	
Angaben zum Krankenhaus/Lazarett			
Krankenhaus/Lazarett			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Angaben zu sonstigen ärztlichen Behandlungen			
Haben Sie aufgrund der geltend gemachten Gesundheitsstörungen weitere ärztliche Behandlungen in Anspruch genommen?			☐ Ja ☐ Nein
Familiennamen		Vorname	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl		Ort
Beginn		Ende	

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

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

7. Angaben zur beruflichen Situation

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

Fühlen Sie sich durch die Folgen der Gewalttat in Ihrer Berufsausübung beeinträchtigt?

☐ Nein

☐ Ja In welcher Form? Bitte begründen (ggf. Zusatzblatt): _____

8. Angaben zur Krankenversicherung

Angaben zur Krankenversicherung			
Form der Krankenversicherung	☐ gesetzlich versichert ☐ privat versichert ☐ nicht versichert		
Name der Krankenkasse			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Mitgliedschaft seit (Datum)		Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer	
Frühere Krankenkasse			

9. Angaben zur Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

10. Sonstige Angaben

Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten	
Haben Sie wegen der Gesundheitsschädigungen, für die Sie hiermit Leistungen beantragen, Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten angemeldet?	☐ Ja ☐ Nein

Von welcher weiteren Stelle oder Einrichtung haben Sie weitere Leistungen beantragt?		☐ Unfallversicherung ☐ Krankenversicherung ☐ Gesetzliche Rentenversicherung ☐ Bundesagentur für Arbeit ☐ Täterin oder Täter (Schadensersatz/Schmerzensgeld) ☐ Ausländischen Entschädigungssystemen	
		☐ Sonstige Leistungsträger:	
Name der Stelle oder der Einrichtung		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Angaben zur Behinderung			
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?			☐ Ja ☐ Nein
Name der Behörde		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Antrag auf Versorgung			
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), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) beziehungsweise Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?			☐ Ja ☐ Nein
Name der Behörde		Aktenzeichen/Geschäftszeichen	
Unterstützung bei der Antragstellung			
Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?			☐ Ja ☐ 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

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 Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden – auch soweit sie von anderen Ärztinnen und Ärzten 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 Ärztinnen und Ärzte und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

☐ ja

☐ nein

☐ von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der gesetzlichen oder
bestellten Vertreterin/des Vertreters oder der Betreuerin/des Betreuers:

.....