

**Antrag auf Leistungen für Entschädigungsberechtigte nach dem Vierzehnten
Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Entschädigung (SGB XIV)**

**Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe
§ 24 SGB XIV**

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

Art des Antrags

Art des Antrags	☐ Erstantrag als geschädigte Person ☐ Erstantrag als hinterbliebene Person ☐ Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person ☐ Änderungsantrag
-----------------	--

Beantragende Person

☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers	☐ Ich für mich selbst oder für uns ☐ Ich für mein Kind ☐ Ich als gerichtliche Betreuung für meine betreute Person ☐ Ich als Bevollmächtigte:r für die durch mich vertretene Person ☐ Sonstige
---	--

Angaben zur antragstellenden Person

Doktorgrade	Familiename	Vornamen		
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		

Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

Familiename	Vornamen
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		

Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)

Familiename		Geburtsname	
Vornamen			
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		Ort der Eheschließung	
Wurde die Ehe geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt?			☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie nach dem Tod der verstorbenen Person noch weitere Ehen 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		
Familiename der gesetzlichen Vertretung	Vornamen der gesetzlichen Vertretung		
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familiename		Vornamen	
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			

Angaben zur geschädigten Person (nur als angehörige oder nahestehende Person auszufüllen)

Familienname		Geburtsname	
Vornamen			
Geburtsdatum		Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Wo befindet sich die Anschrift?		☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit			
Familienname		Geburtsname	
Vornamen			
Geburtsdatum		Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Staatsangehörigkeit			
Wo befindet sich die Anschrift?		☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort

Adresszusatz		
Postfach	Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift	Staat	

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		Vornamen	
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 ein Arzt aufgesucht?			☐ Ja ☐ Nein
War der aufgesuchte Arzt der Impfarzt?			☐ Ja ☐ Nein
Angaben zum aufgesuchten Arzt (nur auszufüllen, wenn der aufgesuchte Arzt ein anderer Arzt ist als der Impfarzt)			
Name			
Wo befindet sich die Anschrift? ☐ in Deutschland ☐ außerhalb von Deutschland			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Wann wurde 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	
Form der Krankenversicherung ☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert ☐ Nicht versichert			
Name der Krankenversicherung			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach		Postleitzahl	Ort
Mitgliedschaft seit (Datum)	Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer		
Frühere Krankenkasse			

Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

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

Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall	
<u>Hinweis zu weiteren Leistungen des SGB XIV Kapitel 6 und Kapitel 11:</u> Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben in diesem Antrag werden auch mögliche Ansprüche auf Leistungen der Teilhabe (Kapitel 6) und Besondere Leistungen im Einzelfall (Kapitel 11) geprüft. Die zuständige Behörde wird in diesem Fall Kontakt zu Ihnen aufnehmen, ggf. weitere Unterlagen oder Nachweise anfordern und das weitere Vorgehen mit Ihnen abstimmen.	
Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrem Beruf beeinträchtigt?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben?	☐ Ja ☐ Nein
An welchen Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben Sie Interesse?	
Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrer alltäglichen Lebenssituation oder im Leben in der Gemeinschaft beeinträchtigt?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe?	☐ Ja ☐ Nein
An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?	☐ Ja ☐ Nein
An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?	☐ Ja ☐ Nein
An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse?	
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), Haftlingsgesetz (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 erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.	☐ Ja
--	-----------------------------

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, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen, und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/ 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 gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder 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/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?	☐ Ja
Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus:	

Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum:

Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der sorgeberechtigten
(bei Minderjährigen unter 15 Jahren müssen beide Sorgeberechtigten
unterschreiben), bevollmächtigten oder betreuenden Person:

.....