



Eingangsvermerk der Behörde

Landesamt für Gesundheit und Soziales
 Versorgungsamt Schwerin
 Soziales Entschädigungsrecht
 Friedrich Engels-Str. 47
 19059 Schwerin

**Antrag auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem
 Infektionsschutzgesetz (IfSG) – Impfschaden nach § 60 IfSG**

I. Angaben zur Person

Name, Vorname	Geburtsname oder früherer Name	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)/Geburtsort 	Freiwillige Angaben	
	Telefonnummer:	
	E-Mail-Adresse:	
Familienstand		Zahl der Kinder
<input type="checkbox"/> ledig		
<input type="checkbox"/> verwitwet	seit:	
<input type="checkbox"/> verheiratet	seit:	
<input type="checkbox"/> getrennt lebend	seit:	
<input type="checkbox"/> in Lebenspartnerschaft lebend	seit:	
<input type="checkbox"/> geschieden	seit:	
<input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft aufgehoben	seit:	
Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt		
Postleitzahl, Wohnort	Straße, Hausnummer	
Staatsangehörigkeit		
<input type="checkbox"/> gesetzliche/r Vertreter/in <input type="checkbox"/> Betreuer/in	ODER	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r
Name, Vorname, Anschrift		
.....		
Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestellsurkunde, des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht bei.		

II. Angaben zum schädigenden Ereignis*

Um welche Impfung handelt es sich?	Wirkstoff:	
Tag der Impfung:	bitte Zutreffendes ankreuzen: <input type="checkbox"/> Erstimpfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsimpfung	
Wo und durch wen wurde die Impfung durchgeführt?		
Ist der Impfschaden dem Paul-Ehrlich-Institut gemeldet worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja gemeldet von: am: Aktenzeichen:		
War die Impfung öffentlich empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angaben zu den Eltern (nur bei Impfung im Kindesalter)		
Mutter (Name, Vorname, Geburtsdatum):		
Vater (Name, Vorname, Geburtsdatum):		
Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird dieser Antrag gestellt?		
Liegen diese Gesundheitsstörungen heute noch vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Waren Sie wegen anderer Erkrankungen von einer Impfung zunächst zurückgestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, von wann bis wann und wegen welcher Erkrankungen?		

*Bitte verwenden Sie die anliegenden Zusatzblätter, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

III. Angaben zu ärztlichen und stationären Behandlungen*

Name und Anschrift Ihres Hausarztes/Ihrer Hausärztin

.....

Welche Erkrankungen haben **vor** der Impfung vorgelegen? Wann und wo sind diese ärztlich behandelt worden?

von – bis	Name und Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin	in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung)

Ärztliche Behandlungen **nach** der Impfung

von – bis	Name und Anschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin	in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung)

Stationäre Behandlungen **nach** der Impfung

von – bis	Bezeichnung und Anschrift des Krankenhauses/der Rehabilitationseinrichtung	in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung)

Waren Sie nach der Impfung arbeitsunfähig? ja nein

ja: von – bis:

Haben Sie wegen dieser Arbeitsunfähigkeit Krankengeld bezogen? ja nein

ja: von – bis:

Bei welchen anderen Stellen befinden sich ärztliche Unterlagen/Gutachten über die bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen – z.B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Pflegekasse?

Name/Anschrift	Geschäftszeichen

*Bitte verwenden Sie die anliegenden Zusatzblätter, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

IV. Sonstige Angaben*

Beruf/Tätigkeit vor der Impfung:							
Beruf/Tätigkeit nach der Impfung:							
Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz)?							
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja zuständige Behörde:	Aktenzeichen:						
.....						
Liegt eine anerkannte (Schwer)Behinderung vor oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?							
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja zuständige Behörde:	Aktenzeichen:						
.....						
Zugehörigkeit zu Krankenkassen/privaten Krankenversicherungen							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%; padding: 5px;">von – bis</th> <th style="padding: 5px;">Bezeichnung der Krankenkasse oder Krankenversicherung mit Anschrift</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	von – bis	Bezeichnung der Krankenkasse oder Krankenversicherung mit Anschrift					
von – bis	Bezeichnung der Krankenkasse oder Krankenversicherung mit Anschrift						
Falls es zu einer Geldleistung kommt, soll diese auf folgendes Konto überwiesen werden:							
IBAN:							
Geldinstitut:							
Kontoinhaber:							
Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:							
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde und vollständiger Impfausweis in Kopie <input type="checkbox"/> Meldebestätigung bzw. Kopie Personalausweis <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> medizinische Unterlagen <input type="checkbox"/>							
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 						

*Bitte verwenden Sie die anliegenden Zusatzblätter, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem IfSG 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 Hauptfürsorgestellten,
- 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:

- erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten / Ärztinnen, Psychologen / Psychologinnen, 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 Verfahren zur Durchsetzung auf das Land übergegangener 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.

ja

nein

von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:

.....
- bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle genau bezeichnen -

Ort, Datum

Unterschrift für Einverständniserklärung

.....

.....

