



Eingangsvermerk der Behörde

Landesamt für Gesundheit und Soziales
Dezernat Soziale Entschädigung
Friedrich-Engels-Str. 47
19061 Schwerin

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

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

Bei Fragen zum Antragsverfahren stehen wir Ihnen gern zur Verfügung. Sie erreichen uns per E-Mail unter soziales.entschaedigungsrecht@lagus.mv-regierung.de sowie über die Hotline unter **0385 58859969** oder vor Ort am Standort Schwerin.

I. Angaben zur antragstellenden Person

1. Angaben zur antragstellenden Person			
Doktorgrade	Familienname	Vornamen	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort
Adresszusatz		Staat	
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	
2. Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten			
Familienname		Vornamen	
Name des Unternehmens, Vereins, oder einer sonstigen Organisation			
Straße		Hausnummer	Postleitzahl Ort
Adresszusatz		Staat	
Telefonnummer		E-Mail-Adresse	

II. Art des Antrags

Art des Antrags	Ausfüllhinweise
<input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person	Bitte füllen Sie den Antrag ab „V. Angaben zum schädigenden Ereignis“ weiter aus.
<input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person (Witwe/r, Waisen, Eltern, Betreuungsberechtigte der geschädigten Person)	Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig aus. Die Angaben zu „IV Angaben zur geschädigten Person (nur als angehörige oder nahestehende Person auszufüllen)“ entfallen.
<input type="checkbox"/> Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person (Geschwister und Personen in eheähnlicher Lebensgemeinschaft der geschädigten Person)	Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig ab „IV Angaben zur geschädigten Person (nur als angehörige oder nahestehende Person auszufüllen)“ weiter aus.
<input type="checkbox"/> Änderungsantrag (Personen, die bereits einen Antrag auf Leistungen für Impfgeschädigte gestellt haben. Bitte geben Sie das Aktenzeichen an: _____)	Bitte füllen Sie den Antrag ab „V. Angaben zum schädigenden Ereignis“ weiter aus.

III. Angaben zur verstorbenen Person (nur als hinterbliebene Person auszufüllen)*

Familiename		Geburtsname	
Vornamen			
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:	
Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)			
Datum der Eheschließung		Ort der Eheschließung	

Wurde die Ehe 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 eingegangen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbweise 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			
Familiename der gesetzlichen Vertretung		Vornamen der gesetzlichen Vertretung	
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbweise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
Familiename		Vornamen	
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	
Andere Ansprüche			
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			

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

Familiename		Geburtsname	
Vornamen			
Geburtsdatum		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	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit			

V. Angaben zum schädigenden Ereignis*

Um welche Impfung/Maßnahme der spezifischen Prophylaxe 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"/> 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?

ja nein

Waren Sie wegen anderer Erkrankungen von einer Impfung zunächst zurückgestellt?

ja nein

Wenn ja, von wann bis wann und wegen welcher Erkrankungen?

.....
.....

VI. 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

VII. Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten*

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		
Zugehörigkeit zu Krankenkassen/privaten Krankenversicherungen					
von – bis		Bezeichnung der Krankenkasse oder Krankenversicherung mit Anschrift			

VIII. Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall*

<p><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.</p>	
Fühlen Sie sich durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des schädigenden Ereignisses in Ihrem Beruf beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf/Tätigkeit vor dem schädigenden Ereignis:	
Beruf/Tätigkeit nach dem schädigenden Ereignis:	
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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Sozialen Teilhabe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An welchen Maßnahmen zur Sozialen Teilhabe haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der Bildung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An welchen Maßnahmen der Bildung haben Sie Interesse?	
Haben Sie Interesse an Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
An welchen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation haben Sie Interesse?	

IX. Weitere Angaben*

Falls es zu einer Geldleistung kommt, soll diese auf folgendes Konto überwiesen werden:

IBAN:

Geldinstitut:

Kontoinhaber:

Dem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei:

- Geburtsurkunde und vollständiger Impfausweis in Kopie
- Meldebestätigung bzw. Kopie Personalausweis
- Vollmacht
- medizinische Unterlagen
-

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Leistungen nach dem SGB XIV gestellt habe.

Ort, Datum

.....

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

.....

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit den Verfahren nach dem OEG und 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 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

Ich erkläre mich daher mit der Beziehung insbesondere in folgende 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 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 das Verfahren zur Durchsetzung der auf das Land übergegangenen Schadensersatzansprüche.

Auch während des Verfahrens angefertigte Unterlagen über eingetretene Sachverhalte dürfen beigezogen werden.

Ich entbinde die behandelnden und beteiligten Ärzte/ Ärztinnen und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Ja.

Ja, aber eingeschränkt. **Von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:**

(Bitte Arzt/ Ärztin, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen, bei dem/ denen die zuständige Behörde keine Daten beziehen darf. *)

Nein.

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person oder der gesetzlich bestellten Vertretung oder der betreuenden Person

Weitere Informationen, insbesondere zur Einhaltung der EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten Sie auf der Webseite des LAGuS MV.

