

Sehr geehrte/r Antragsteller/in,

Nach §§ 16 und 60 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – SGB I soll ein Antrag nach dem Sozialen Entschädigungsrecht u. a. die begehrten Leistungen bezeichnen sowie die zur Begründung erforderlichen Tatsachen und Beweismittel angeben.

Zur Begründung des Antrages ist es daher erforderlich, dass Sie nähere Angaben zu der nach Ihrer Auffassung eingetretenen Verschlimmerung der anerkannten Schädigungsfolgen machen. Um die Bearbeitung zu erleichtern, bitte ich Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen.

Sie können Befundberichte, ärztliche Gutachten, Krankenhausberichte, Kurentlassungsberichte, EKG-, Laborberichte über Ihren aktuellen Gesundheitszustand in Kopie beifügen. Dafür werden jedoch keine Kosten übernommen. Bitte übersenden Sie keine Röntgenaufnahmen oder CDs.

Ich bitte Sie, die beigefügten Erklärungen unterschrieben herzureichen.

Sollte das Ausfüllen dieses Fragebogens Schwierigkeiten bereiten, sind wir gern bereit, Ihnen hierzu weitere Auskünfte zu erteilen bzw. bei der Beantwortung behilflich zu sein. Sollte hier ein Bedarf bestehen, können Sie uns gerne anrufen oder an einem der Sprechtag aufsuchen.

Soweit Sie Besitzstandsleistungen gemäß § 142 in Verbindung mit § 144 Abs. 1 Sozialgesetzbuch XIV (SGB XIV <sup>2)</sup>) bisher erhalten und eine Neufeststellung Ihrer Ansprüche beantragen, weisen wir Sie auf folgende rechtliche Regelung hin:

**Gemäß § 149 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch XIV ergehen die Feststellungen, die im Neufeststellungsverfahren getroffen werden, nach den Kapiteln 1 bis 22 des SGB XIV.**

Dies bedeutet für Sie, dass mit der Neufeststellung, wenn sich eine Änderung ergibt, ein Wechsel in das neue Soziale Entschädigungsrecht verbunden ist.

Ergibt die Prüfung Ihres Neufeststellungsantrages, dass Sie nach dem neuen Recht keine oder geringere Leistungen als vor der Stellung des Neufeststellungsantrages beanspruchen würden, werden mindestens die bis dahin bezogenen Besitzstandsleistungen weiter erbracht. Dies gilt nicht, wenn sich der Wegfall des Anspruchs (z.B. Ehegatten- und Kinderzuschlag - § 144 Abs. 3 SGB XIV) oder ein geringerer Leistungsumfang aus einer festgestellten Verringerung des Grades der Schädigungsfolgen ergeben (§ 149 Abs. 2 SGB XIV).

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Versorgungsamt

Anlagen:

- Datenschutz/ Einverständnis- und Schweigepflichtentbindungserklärung
- Hinweisblatt zum Datenschutz



## Antrag auf Neufeststellung

wegen Verschlimmerung der anerkannten Schädigungsfolge/n

Antrag auf Bewilligung weiterer Leistungen

wegen schädigungsbedingter Pflegebedürftigkeit

wegen eines schädigungsbedingten Einkommensverlustes (Berufsschadensausgleich)

### I. Personalien

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort, ggf. Kreis)	
Ausgeübter Beruf:	

Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	seit
Angaben zu Kindern			
Anzugeben sind Kinder unter 18 Jahren sowie Kinder, die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und sich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder spätestens bei Vollendung des 27. Lebensjahres infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen außerstande sind, sich selbst zu unterhalten. Bei Stiefkindern ist außerdem anzugeben, ob sie in den Haushalt des/der Geschädigten aufgenommen sind			
Name:	Vorname:	geb. am:	
Name:	Vorname:	geb. am:	
Name:	Vorname:	geb. am:	
Name:	Vorname:	geb. am:	
➤ Angaben zu weiteren Kindern bitte auf einem gesonderten Blatt aufführen.			
Haben sich die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse des/r Kindes/r seit der letzten Überprüfung geändert?			
<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Ja	

**II. Angaben zu Ihrem gestellten Antrag:**

Welche der bereits im letzten Bescheid festgestellten Schädigungsfolgen haben sich verschlimmert? Wie macht sich die Verschlimmerung bemerkbar?

**III. Hat seit der letzten versorgungsärztlichen Untersuchung/Feststellung der Schädigungsfolgen eine ärztliche Behandlung stattgefunden?**

von	bis	Bitte Namen, Anschriften und Fachrichtungen der behandelnden Ärzt:innen angeben	in Behandlung wegen (Bezeichnung der Schädigungsfolgen)

#### IV. Erfolgten Krankenhausbehandlungen?

von	bis	Bitte Bezeichnung des Krankenhauses, Station sowie Anschrift angeben	in Behandlung wegen (Krankheitsbezeichnung)

#### V. Sonstige Ansprüche und Leistungen **Bitte auch angeben, wenn bisher nur der Antrag gestellt wurde**

<p>Beziehen Sie <b>Leistungen von der Agentur für Arbeit</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, wurde eine Untersuchung durchgeführt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Bitte Name/ Anschrift/ Aktenzeichen der Arbeitsagentur angeben</p>
<p>Beziehen Sie eine <b>Unfallrente</b>?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wenn ja, wurde eine Untersuchung durchgeführt?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Bitte Name/ Anschrift/ Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers angeben</p>

Erhalten Sie **Rente wegen Erwerbsminderung** aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder haben Sie dort einen Antrag gestellt?

Nein

Ja

Wenn ja, wurde eine Untersuchung durchgeführt.

Nein

Ja

Bitte Name/ Anschrift/ Aktenzeichen des Rentenversicherungsträgers angeben

Ich erhalte eine Rente ab

Haben Sie bei der **Pflegekasse Leistungen der Pflegeversicherung** beantragt?

Wenn ja, bitte

Name/ Anschrift/ Aktenzeichen der Pflegekasse angeben:

Der Antrag wurde abgelehnt.

Der Antrag wurde bewilligt. Ich bin in Pflegegrad (bitte angeben) eingestuft.

(Bitte Kopie des Bescheides und falls vorhanden des Pflegegutachtens beifügen).

Über den Antrag wurde noch nicht entschieden.

Untersuchung fand statt/ist vorgesehen für

Sind **Behinderungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – Schwerbehindertenrecht** – festgestellt worden oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

Nein

Ja

Wenn ja, von/ bei

Behörde/Geschäftszeichen

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und dass zu Unrecht empfangene Leistungen zurückgezahlt werden müssen.**

Als weitere Unterlagen füge ich bei:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der antragstellenden Person oder der zur Vertretung berechtigten Person; soweit nicht bereits erfolgt, bitte die Berechtigung nachweisen!

Ich habe Kenntnisgenommen, dass

- die Behörde gemäß § 120 SGB XIV grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen den oder die Täter/in/nen geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss sie den / die Täter/in/nen frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf anliegendem 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 bis zur Erreichung der Volljährigkeit bedeuten;
- meine Schadensersatzansprüche gegen den/die Täter/in/nen mit Ausnahme von solchen Kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit dem Täter / der Täterin / den Tätern / Täterinnen oder deren Versicherungen treffen darf (ggf. bereits getroffene gerichtliche oder private Vereinbarung/Vergleiche diesem Antrag beifügen).

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

- polizeiliche Ermittlungsunterlagen, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten, Jugendamtsakten
- erforderliche medizinische Unterlagen (insbesondere Untersuchungsbefunde, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärzten, Psychologen, 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.

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, Unterlagen genau bezeichnen -

Ort, Datum

Unterschrift für Einverständniserklärung

## Hinweise zum Datenschutz

Informationen zur Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 (EU-Datenschutz-Grundverordnung – DS-GVO) und zum Schutz der Sozialdaten nach dem 2. Kapitel des Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X):

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist Artikel 6 DS-GVO.

Ihre Angaben im Antragsformular sind erforderlich, damit das Landratsamt das Vorliegen eines Versorgungsanspruchs und den Grad der Schädigung (GdS) feststellen kann (Verarbeitungszweck i.S.d. Artikel 13 Absatz 1 Buchstabe c) DS-GVO).

Sie sind nach § 60 Sozialgesetzbuch - Erstes Buch (SGB I) zur Mitwirkung verpflichtet, das heißt, Sie müssen die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Angaben machen und Ihre Einwilligung zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte geben. Versorgungsleistungen können nach § 66 SGB I versagt oder entzogen werden bzw. kann der Antrag abgelehnt werden, wenn Sie Ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen.

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten zur Prüfung eines Versorgungsanspruchs und ggf. zur Gewährung von Versorgungsleistungen mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert werden. Sie können der Verarbeitung personenbezogener Daten **widersprechen** (Artikel 21 DS-GVO) oder eine vorzeitige **Löschung** der gespeicherten Daten verlangen (Artikel 17 DS-GVO).

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung ebenfalls **widersprechen** (Artikel 21 DS-GVO).

Ihre Rechte:

- Sie können nach Maßgabe des Artikel 15 DS-GVO Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen.
- Sie können eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen (Artikel 15 Abs. 3 und 4 DS-GVO).
- Sie können eine Vervollständigung oder Berichtigung Ihrer Daten verlangen, sofern diese unvollständig oder unrichtig sind (Artikel 16 DS-GVO).
- Jede erfolgte Berichtigung oder Vervollständigung Ihrer Daten sind von uns weiteren Empfängern mitzuteilen, sofern dies möglich und nicht mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden ist (Art 19 DS-GVO).
- Sie haben unter gewissen Voraussetzungen das Recht, die Löschung Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen. Auf Artikel 17 DS-GVO wird insoweit hingewiesen.
- Sie können verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten unter bestimmten Voraussetzungen einzuschränken (Artikel 18 DS-GVO).
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen**. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird hiervon nicht berührt (Artikel 13 Abs. 2 Buchstabe c) DS-GVO).

Sofern Sie der Ansicht sind, bei der Verarbeitung Ihrer Sozialdaten in **Ihren Rechten verletzt** worden zu sein, haben Sie die Möglichkeit, sich an folgende Stellen zu wenden:

- Beauftragter für den Datenschutz beim Landratsamt:

Landratsamt Böblingen  
Parkstr. 16,  
71034 Böblingen  
[datenschutz@lrabb.de](mailto:datenschutz@lrabb.de)

Tel.: 07031/663 – 2631

Verantwortliche Stelle

Landratsamt Böblingen  
Versorgungsamt (Amt 22)  
Fritz-Elsas-Straße 30,  
70174 Stuttgart  
[versorgungsamt@lrabb.de](mailto:versorgungsamt@lrabb.de)

Tel.: 0711/6673 - 7500

- Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg  
Lautenschlager Str. 20  
70173 Stuttgart

Tel.: 0711/61 55 41 – 0

Weiterhin können Sie sich an die für die Versorgungsämter in den Landratsämtern zuständige Fachaufsichtsbehörde wenden:

Regierungspräsidium Stuttgart  
Abteilung 9 - Landesversorgungsamt und Gesundheit  
Referat 91  
Ruppmannstr. 21  
70565 Stuttgart

Telefon 0711 904-0