

An das
Landratsamt Böblingen
Versorgungsamt in Stuttgart
Fritz-Elsas-Str. 30
70174 Stuttgart

Eingangsstempel

Aktenzeichen

/

IfSG - B

ANTRAG

auf Gewährung von **Versorgung wegen Impfschäden** nach dem
Infektionsschutzgesetz (IfSG)

1. Familienname, Vorname (ggf. Geburtsname)	
2. Geburtsdatum	
3. Geburtsort, Kreis, Land	
4. PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer, Telefon	
5. Staatsangehörigkeit(en)	
6. Beruf	a) vor der Schädigung: b) jetzt:
7. Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. (Zutreffendes bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch.
a) Name des Ehegatten:	Vor- und Zuname: Geburtsname: Geburtstag:
b) Namen der Kinder: (mit Geburtstagen)	❶ ❷ ❸

8. Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgungsantrag gestellt?

--

9.a) Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt? (Genauere Schilderung mit Angabe von Zeit, Ort und ggf. Zeugen; evtl. auf besonderem Blatt)

Zeitpunkt (Datum, Uhrzeit)	Ort, Land	Ursache der Gesundheitsstörung	Nachweise, Zeugen (Anschrift)

9.b) Ist das Gesundheitsamt oder der impfende Arzt von dem Impfschaden unterrichtet worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
---	-----------------------------	-------------------------------

Ja Nein

- 10.a) War die Impfung gesetzlich vorgeschrieben, z.B. nach dem Impfgesetz vom 08.04.1874 (RGBl. Seite 31), oder erfolgte sie auf Grund gesetzlicher Anordnung?
- 10.b) Wurde die Impfung von einer Behörde öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen? Ja Nein
Wenn ja, wer hat die Empfehlung ausgesprochen?
- 10.c) Erfolgte die Impfung auf Grund der Verordnungen zur Ausführung der internationalen Gesundheitsvorschriften? Ja Nein
Wenn ja, wurde die Impfung zum Zwecke der Wiedereinreise in die Bundesrepublik Deutschland vorgenommen oder hatten Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in diesem Gebiet und haben Sie ihn nur vorübergehend aus beruflichen Gründen oder zum Zwecke der Ausbildung aufgegeben?
11. Sofern die Fragen unter Nr. 10 verneint werden:
- a) Ist der Impfschaden außerhalb der Bundesrepublik Deutschland eingetreten? Ja Nein
- b) Wenn ja, weshalb konnten Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?
- c) Wurde die Impfung durch einen Arzt vorgenommen? Ja Nein
- d) Lebten Sie zur Zeit der Impfung in häuslicher Gemeinschaft mit einem Elternteil oder einem Sorgeberechtigten, der sich aus beruflichen Gründen oder zur Ausbildung nicht nur vorübergehend außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufgehalten hat? Ja Nein
- 12.a) Ist der Impfschaden infolge einer auf Grund des Impfgesetzes vom 08.04.1874 (RGBl. Seite 31) oder in den in § 1 Abs. 2 Nr. 3 des Bundesvertriebenengesetzes (BVFG) bezeichneten Gebieten oder infolge einer in der ehemaligen DDR oder in Berlin (Ost) gesetzlich vorgeschriebenen oder auf Grund eines Gesetzes angeordneten Pockenschutzimpfung eingetreten? Ja Nein
(Nur beantworten, wenn die Fragen unter Nr. 10 und 11 verneint werden.)
- 12.b) Haben Sie als Vertriebener, Flüchtling oder durch Familienzusammenführung (§§ 1, 3 und 94 BVFG) Ihren ständigen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland genommen? Ja Nein
(Entsprechender Nachweis ist beizufügen.)
- 12.c) Wird wegen des Impfschadens auf Grund anderer gesetzlicher Vorschriften bereits eine Entschädigung gewährt? Ggf. ist der Bescheid beizufügen. Ja Nein

13. In welchen Krankenhäusern, Sanatorien usw. wurden Sie wegen der unter Nr. 8 aufgeführten Gesundheitsstörungen ärztlich behandelt?

von	bis 1)	Ort	Bezeichnung des Krankenhauses oder dergl.

Möglichst genaue Angaben sind erforderlich, mindestens nach Jahr und Monat.

14. **Bei Schädigung im Kindesalter:** Anschrift des Krankenhauses- bzw. der Klinik der Entbindung (hierzu wird auch um Angabe der Personalien der Mutter und sofern bekannt, um den Namen des Arztes gebeten)

15. **Ambulante ärztliche Behandlungen** wegen der unter Nr. 8 aufgeführten Gesundheitsstörungen:

von	bis	Krankheit	Behandelnder Arzt	arbeitsunfähig		Von welcher Krankenkasse wurden die Behandlungskosten getragen?
				von	bis	

16. Bestanden (andere) Gesundheitsstörungen schon **vor Eintritt des Impfschadens**?

Ja Nein (Zutreffendes ankreuzen)

Wenn ja, welche?

17. Waren Sie wegen Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt? Ja Nein

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

18. Welchen **Krankenkassen** haben Sie **vor Eintritt des Impfschadens** angehört?

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber

(Bei Familienversicherung bitte unter Nr. 18 und 19 auch Name und Geburtsdatum des Versicherungsnehmers angeben, von dem die Familienversicherung abgeleitet wird).

19. Welchen **Krankenkassen** gehörten bzw. gehören Sie **seit Eintritt des Impfschadens** bis heute an?

von	bis	Anschrift der Krankenkasse	Mitglieds-Nr.	Arbeitgeber

20. Beziehen Sie Rente aus der gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung, beamtenrechtliches Ruhegehalt oder sind solche Leistungen beantragt oder ist Ihnen bekannt, dass bei einer anderen Behörde von Amts wegen (ohne Antrag) ein entsprechendes Verwaltungsverfahren durchgeführt wird bzw. wurde, ggf. von (bei) welcher Stelle (Rentenzeichen)?

21.a) Ist schon früher ein Verfahren wegen Impfschadens (Heilbehandlung) durchgeführt worden, ggf. wann, **von welcher Stelle** und mit welchem Ergebnis?

--

21.b) Bezogen Sie bereits seinerzeit Rente?

--

22. Antrag auf Gewährung von **Beschädigten – Hinterbliebenen – Versorgung** (für Witwen – Witwer – Waisen – Eltern) nach dem Bundesversorgungsgesetz <BVG> oder einem Gesetz, das das BVG für anwendbar erklärt (z.B. Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz), habe ich gestellt nicht gestellt

nach dem verstorbenen – verschollenen
geboren am
beim Landratsamt
und beziehe seit
<input type="checkbox"/> Beschädigtenrente <input type="checkbox"/> Witwenrente bzw. –beihilfe <input type="checkbox"/> Witwerrente bzw. –beihilfe <input type="checkbox"/> Waisenrente bzw. –beihilfe <input type="checkbox"/> Elternrente unter dem Rentenzeichen

23. Antrag auf Feststellung einer Behinderung nach dem Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) habe ich - nicht - gestellt

am	beim Landratsamt	Aktenzeichen

24. Bank- oder Postbankkonto, auf das die Versorgungsbezüge ggf. überwiesen werden sollen:

IBAN	bei der Bank/Postbank	BIC

25. Erklärung

Ich erkläre, dass vorstehende Angaben den Tatsachen entsprechen und kein gleichartiger Antrag bei einer anderen Behörde gestellt wurde. Es ist mir bekannt, dass falsche oder irreführende Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Versorgungsleistungen zurückerstattet werden müssen. Soweit Änderungen in den angegebenen Verhältnissen eintreten, werde ich diese dem Landratsamt unverzüglich anzeigen, auch wenn über den Antrag noch nicht entschieden ist.

Ich bin damit einverstanden, dass Krankenpapiere, Aufzeichnungen, Krankengeschichten, Untersuchungsbeefunde sowie Röntgenbilder von öffentlichen, freien gemeinnützigen und privaten Krankenanstalten sowie von Krankenanstalten öffentlich-rechtlicher Körperschaften und von Trägern der Sozialversicherung zur Einsicht beigezogen werden. **Die in diesen Verfahren beteiligten Ärzte entbinde ich insoweit von der Schweigepflicht.**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Übermittlung von Sozialdaten, die Ihre gesundheitlichen Verhältnisse betreffen an andere Sozialleistungsträger oder vom Landratsamt/Versorgungsamt beauftragte Außengutachter auch ohne Ihr Einverständnis möglich ist, sofern die Sozialdaten für eine Aufgabenerfüllung im Rahmen des Sozialgesetzbuches erforderlich sind. Dies gilt auch für eine Übermittlung an die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Wir machen Sie weiterhin darauf aufmerksam, dass Sie dieser Übermittlung widersprechen können (§ 76 Abs. 2 Sozialgesetzbuch - Zehntes Buch).

Als Unterlagen sind beigelegt (alle Angaben sind möglichst zu belegen z.B. durch Impfbuch bzw. Impfbescheinigung, bei Kindern Vorsorge-Untersuchungsheft, Krankenpapiere, frühere Rentenbescheide, Zeugenaussagen usw.):

Ort, Datum , den	Eigenhändige Unterschrift - Vor- und Zuname - des Antragstellers - bei Minderjährigen zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind § 12 Abs. 2 Verwaltungsverfahrensgesetz KOV (VfG KOV) und §§ 60 und 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I).

Hinweise für amtliche Stellen, Träger der Sozialversicherung, amtliche Vertretungen der Bundesrepublik Deutschland: Geht dieser Antrag (statt beim Landratsamt) bei einer anderen amtlichen Stelle ein, wird gebeten, ihn mit **Eingangsstempel** oder **-vermerk** zu versehen. Über mündlich gestellte Anträge ist **stets** eine Niederschrift zu fertigen. Die Anträge sind in solchen Fällen unter Benachrichtigung des Antragstellers unverzüglich dem zuständigen Landratsamt zuzuleiten (§16 SGB I vom 11.12.1975 - BGBl. I Seite 3015).

Anlage: Hinweisblatt zum Datenschutz

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 Zehnten Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X):

Ihre Angaben (Daten) werden für die Prüfung Ihres Antrages auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem IfSG benötigt.

Ihre Angaben sind freiwillig. Sie sind jedoch 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.

Die Akten werden möglicherweise einem Arzt außerhalb der Verwaltung zur Begutachtung zugeleitet. Sie können einer solchen Zuleitung an Ärzte außerhalb der Verwaltung **widersprechen**.

Ihre Rechte:

- Sie können Auskunft über Ihre gespeicherten Daten verlangen.
- Sie können eine kostenlose Kopie dieser Daten verlangen.
- Sie können eine Berichtigung Ihrer Daten verlangen, sofern diese unrichtig sind.
- Sie können verlangen, Ihre Daten zu vervollständigen, sofern sie unvollständig sind.
- Sie können eine Löschung Ihrer Daten verlangen, sofern sie nicht mehr benötigt werden.
- Sie können verlangen, die Verarbeitung Ihrer Daten unter bestimmten Voraussetzungen einzuschränken.
- Sie können Ihre Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten jederzeit **widerrufen** (allerdings nicht rückwirkend).

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:

- Verantwortliche Stelle
Landratsamt Böblingen
Versorgungsamt
Fritz-Elsas-Straße 30, 70174 Stuttgart
versorgungsamt@lrabb.de
Tel.: 0711/6673 - 7500
- Beauftragter für den Datenschutz beim Landratsamt:
Landratsamt Böblingen
Parkstr. 16, 71034 Böblingen
datenschutz@lrabb.de
Tel.: 07031/663 - 2631
- Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart
Königstraße 10a, 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 10
Landesversorgungsamt
Ruppmannstr. 21
70565 Stuttgart
Telefon 0711 904-0