Antrag

auf Gewährung von Versorgung

wegen eines Impfschadens oder einer anderen Maßnahme der spezifischen Prophylaxe nach dem Sozialgesetzbuch Vierzehntes Buch (SGB XIV)

Hamburg

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Eingangsstempel

Versorgungsamt Hamburg
SI 531, SI 532
Adolph-Schönfelder-Straße 5
22083 Hamburg

Allgemeine Hinweise

Die mit diesem Antrag erhobenen personenbezogenen Daten werden benötigt, um über Ihren Antrag entscheiden zu können.

Gemäß §§ 60 ff des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil - (SGB I) sind Sie verpflichtet, bei der Sachverhaltsaufklärung mitzuwirken. Sie sind insbesondere verpflichtet, alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers (Versorgungsamt) der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen.

Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt werden (§ 66 SGB I).

Das Versorgungsamt Hamburg weist Sie darauf hin, dass Sie mit diesem Antrag zugleich eine Einwilligungserklärung für die Einholung von Auskünften und die Beiziehung von Unterlagen abgeben (siehe Erklärung am Ende des Vordrucks).

Sie werden darauf aufmerksam gemacht, dass die im Rahmen dieses Feststellungsverfahrens erhobenen Daten teilweise mit Hilfe von automatischen Datenverarbeitungsanlagen verarbeitet werden.

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und vollständig.

1 Angaben zur Person

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

1.1	Name, ggfs. frühere Namen	**1.2**	Namenszusatz
1.3	Vorname	**1.4**	Geschlecht
1.5	Geburtsdatum	**1.6**	Geburtsort / Land
1.7	Straße / Hausnummer		
1.8	PLZ / Wohnort		
1.9	Familienstand		

☐ ledig ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ Lebenspartnerschaft ist aufgehoben
☐ verheiratet* ☐ eingetragene Lebenspartnerschaft* ☐ Ich lebe von meinem Ehe-/Lebenspartner getrennt

* Bitte Heiratsurkunde bzw. Lebenspartnerschaftsurkunde beifügen.

1.10	Telefon-Nr.	E-Mail

1.11 **Bei Beantragung von Hinterbliebenenversorgung Angaben zum Verstorbenen** (Sterbeurkunde beifügen)

Name	Vorname	Geburtsdatum	Verhältnis zum Verstorbenen

1.12 **Gesetzlicher Vertreter / Betreuer**

Bei Minderjährigen und Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist, bitte Namen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters / Betreuers angeben (ggfs. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis beifügen).

Name	Vorname
Straße / Hausnummer	
PLZ / Wohnort	

2 Angaben zum schädigenden Ereignis und den hierauf beruhenden Gesundheitsstörungen

(Bitte verwenden Sie das anliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.)

2.1 Wegen welcher Gesundheitsstörungen beantragen Sie Versorgung?

2.2 Auf welche Impfung oder Prophylaxemaßnahme führen Sie die Gesundheitsstörung zurück?

Tag der Impfung: ☐ Erstimpfung ☐ Wiederholungsimpfung

2.3 Wann und wie traten die ersten Krankheitszeichen auf?

2.4 Wie war der weitere Verlauf der Erkrankung?

2.5 Name und Anschrift des Impfarztes bzw. der Stelle, die die Impfung durchgeführt hat (bitte das Impfbuch / die Impfbescheinigung beifügen).

2.6 In welchem Ort wurde die Impfung durchgeführt?

Stadt	Bundesland

2.7 Ist eine Meldung wegen des Verdachts einer Impfkomplikation an das Gesundheitsamt erfolgt?

☐ nein ☐ ja

2.8 Bestanden (andere) Gesundheitsstörungen bereits vor der Impfung / Prophylaxe?

☐ nein ☐ ja. Ggfs. welche?

2.9 Waren Sie wegen Erkrankungen von einer Impfung zurückgestellt?

☐ nein ☐ ja. Ggfs. von wann bis wann, wegen welcher Gesundheitsstörungen?
Welche Impfung wurde zurückgestellt?

2.10 Wurde eine Wiederholungsimpfung (Auffrischung) notwendig wegen einer Impfung?

☐ nein ☐ ja. Ggfs. wegen welcher Impfung?

2.11 Sind weitere Impfungen erfolgt, die weder durch das Impfbuch noch die Impfbescheinigung nachgewiesen sind?

Art der Impfung	Ort der Impfung	Datum der Impfung	Impfarzt	Anschrift des Arztes

2.12 Sind Krankheiten in der Familie (z. B. bei Eltern, Großeltern, Geschwistern, Kindern) bekannt?

☐ nein ☐ ja. Ggfs. welche und bei wem?

2.13 Zugehörigkeit zu Krankenkassen seit Ihrer Geburt

von	bis	Name und Anschrift der Krankenkasse (bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben zum Hauptversicherten)

2.14 Wo befanden Sie sich wegen der Folgen der Impfung / Prophylaxe in stationärer Behandlung?

von	bis	Name und Anschrift des Krankenhauses

2.15 Wo befanden Sie sich wegen der Folgen der Impfung / Prophylaxe in ambulanter ärztlicher Behandlung?

von	bis	Name und Anschrift des behandelnden Arztes

2.16 **Bei Schädigung im Kindesalter**

Anschrift des Krankenhauses / der Klinik der Entbindung	Personalien der Mutter

Name und Anschrift des Haus- bzw. Kinderarztes

3 Sonstige Angaben

3.1 Ist schon früher ein Verfahren wegen einer Gesundheitsstörung aufgrund einer Impfung oder einer Prophylaxemaßnahme durchgeführt worden (ggfs. wann, von welcher Stelle und mit welchem Ergebnis)?

☐ nein ☐ ja, bei

Aktenzeichen.....Haben Sie seinerzeit Leistungen bezogen? ☐ nein ☐ ja

3.2 Haben Sie eine Feststellung nach dem Schwerbehindertenrecht oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ nein ☐ ja. Ggfs. bitte Dienststelle und Aktenzeichen angeben.

3.3 Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem SGB XIV, Häftlingshilfegesetz oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?

☐ nein ☐ ja. Ggfs. bitte Dienststelle und Aktenzeichen angeben.

4 Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das folgende Konto überwiesen werden (kein Sparkonto / -buch angeben)

Name des Geldinstituts

IBAN:

BIC:

Kontoinhaber (falls nicht mit Antragsteller identisch)

5 Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.
Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Bezüge zurückgezahlt werden müssen.

6 Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Versorgungsamt Hamburg

- die medizinischen Unterlagen (insbesondere Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Befundberichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder) von Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen in dem Umfang beizieht, wie diese Aufschluss über die bei mir vorliegenden Gesundheitsstörungen geben können, und
- die für die Feststellung erforderlichen Unterlagen und Auskünfte (z. B. von Meldebehörden, Arbeitsamt) einholt.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Versorgungsamtes Hamburg darauf ausgerichtet ist, zu meinen Gunsten **alle** in Betracht kommenden Schädigungsfolgen festzustellen. Zu diesem Zweck holt sie alle notwendigen medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie Auskünfte bei Ärzten, ggfs. deren Praxisnachfolgern und anderen Stellen ein, die im Antrag aufgeführt sind, während des Feststellungsverfahrens des Versorgungsamtes Hamburg bekannt werden oder sonst bekannt sind. Sofern ich damit nicht einverstanden bin, habe ich Beschränkungen dieser Einwilligung unten vermerkt.
Diese Erklärung erstreckt sich auch auf Unterlagen über psychiatrische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen.
Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein evtl. anschließendes Widerspruchsverfahren.
Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte im Feststellungsverfahren zu und entbinde die beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

☐ ja ☐ nein*

☐ Ich besorge die erforderlichen Unterlagen von ……..
(Bitte Arzt/Ärztin, Einrichtung, Stelle benennen)
selber und werde sie dem Versorgungsamt Hamburg einreichen.

Hinweis des Versorgungsamtes: Das Versorgungsamt übernimmt gegen entsprechende Rechnung ggfs. Kosten für die medizinische Beweiserhebung im Rahmen des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes.

Raum für etwaige Einschränkungen der Einwilligung*:

Wir weisen Sie darauf hin, dass eine Übermittlung von Sozialdaten, die Ihre gesundheitlichen Verhältnisse betreffen, an andere Sozialleistungsträger oder Dritte (z. B. vom Versorgungsamt Hamburg beauftragte externe Gutachter) auch ohne Ihr Einverständnis möglich ist, sofern dies zur Erfüllung von Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich ist. Dies gilt auch für eine Übermittlung an Gerichte im Zusammenhang mit der Erfüllung von Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch. Sie können diesen Übermittlungen wiedersprechen (§ 76 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch -SGB X).

Ort / Datum	Unterschrift für Einwilligungserklärung

* Können aufgrund einer eingeschränkten oder fehlenden Einwilligungserklärung Anspruchsvoraussetzungen nicht nachgewiesen werden, haben Sie die damit verbundenen nachteiligen Folgen zu tragen. Ggfs. kann die beantragte Leistung deshalb nicht bewilligt werden.

Als Unterlagen werden beigefügt:

☐ Geburtsurkunde
☐ Impfbuch / Impfbescheinigung
☐ Bestallungsurkunde (bei Pflegschaft)
☐ Betreuungsausweis
☐ Ergänzungsblatt (… Seiten)
☐ .....

Ort / Datum	Unterschrift des Antragstellers / gesetzlichen Vertreters

Ergänzungsblatt 1

zum Antrag auf Gewährung von Versorgung nach dem SGB XIV

Hamburg

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

von Frau / Herrn .....