

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

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

Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein Dienstszitz Lübeck Große Burgstraße 4 23552 Lübeck	Bitte Feld freilassen für Eingangsvermerk der Behörde
---	---

#### Art des Antrags

Art des Antrags	<input type="checkbox"/> Erstantrag als geschädigte Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als hinterbliebene Person <input type="checkbox"/> Erstantrag als angehörige oder nahestehende Person <input type="checkbox"/> Änderungsantrag
-----------------	--

#### Beantragende Person

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers	<input type="checkbox"/> Ich für mich selbst oder für uns <input type="checkbox"/> Ich für mein Kind <input type="checkbox"/> Ich als gerichtliche Betreuung für meine betreute Person <input type="checkbox"/> Ich als Bevollmächtigte:r für die durch mich vertretene Person <input type="checkbox"/> Sonstige
---	--

#### Angaben zur antragstellenden Person

Doktorgrade	Familienname	Vornamen		
Geburtsdatum		Geburtsort		
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		
Telefonnummer		E-Mail-Adresse		

#### Angaben zur Betreuungsperson oder Bevollmächtigten

Familienname	Vornamen
Name des Unternehmens, Vereins, oder einer sonstigen Organisation	
Beziehung zur antragstellenden Person	

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		
Telefonnummer	E-Mail-Adresse		

**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:			
<b>Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)</b>			
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
<b>Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>			
Sind Sie durch den Sterbefall Waise oder Halbwaise 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	
<b>Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)</b>			
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
<b>Andere Ansprüche</b>			
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			

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

Familiennamenname		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			
Familiennamenname		Geburtsname	
Vornamen			
Geburtsdatum		Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	
Staatsangehörigkeit			
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	

### Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe

Art der Impfung oder der spezifischen Prophylaxe Maßnahme			
Bezeichnung des verwendeten Impfstoffs			
Datum der Impfung		Es handelte sich um eine <input type="checkbox"/> Erstimpfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsimpfung	
Name und Anschrift der medizinischen Einrichtung, in der Sie geimpft wurden			
<b>Angaben zur Impfärztin oder zum Impfarzt</b>			
Familiennamen		Vornamen	
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	
Warum konnten Sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?			
Warum erfolgte die Impfung? <input type="checkbox"/> Berufsbezogene Gründe <input type="checkbox"/> Impfpflicht			
<b>Angaben zum Arbeitgeber</b>			
Name des Arbeitgebers			
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		
Haben Sie den Vorfall Ihrer Berufsgenossenschaft gemeldet?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aktenzeichen/Geschäftszeichen des Vorfalls			
Warum haben Sie den Vorfall nicht Ihrer Berufsgenossenschaft gemeldet?			
<b>Impfschäden im Säuglings- und Kleinkindalter</b>			
Erfolgte der Impfschaden im Säuglings- oder Kleinkindalter?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name des Geburtskrankenhauses			

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	
<b>Angaben zur Mutter</b>			
Familiename		Geburtsname	
Vornamen		Geburtsdatum	
<b>Gesundheitliche Folgen der Impfung</b>			
Welche Gesundheitsstörungen machen Sie geltend?			
In welchem zeitlichen Abstand zur Impfung haben sich erstmals Krankheitserscheinungen bemerkbar gemacht?	Tage	Wochen	Monate
Erläutern Sie den Krankheitsverlauf nach der Schutzimpfung.			
Schildern Sie die Krankheitssymptome, die heute noch vorliegen.			
Wurde ein Arzt aufgesucht?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
War der aufgesuchte Arzt der Impfarzt?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Angaben zum aufgesuchten Arzt (nur auszufüllen, wenn der aufgesuchte Arzt ein anderer Arzt ist als der Impfarzt)</b>			
Name			
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	
Wann wurde der Impfarzt aufgesucht? (Datum)			
<b>Weitere Angaben zum Impfschaden und zum Krankheitsverlauf</b>			
Können weitere Personen über Ihren Krankheitsverlauf Auskunft geben?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche anderen Personen können über Ihren Krankheitsverlauf Auskunft geben? (Name/Anschrift soweit bekannt)			

Haben Sie das Gesundheitsamt über den Impfschaden informiert? Name/Anschrift des Gesundheitsamts		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wann haben Sie das Gesundheitsamt informiert? (Datum)			
Waren Sie wegen einer Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt worden?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beginn der Zurückstellung		Ende der Zurückstellung	
Warum wurde die Impfung zurückgestellt?			
Sind Krankheiten (zum Beispiel Epilepsie oder Diabetes) in Ihrer Familie bekannt, zum Beispiel bei Eltern, Großeltern, Geschwistern, oder Kindern?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?			
<b>Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses</b>			
Waren Sie aufgrund der Folgen des schädigenden Ereignisses in stationärer oder ambulanter Behandlung?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Name des Krankenhauses oder der Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße		Hausnummer	Postleitzahl
Adresszusatz		Ort	
Postfach		Postleitzahl	Ort
Auslandsanschrift		Staat	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
Beginn der Behandlung		Ende der Behandlung	
Haben Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits Körperschäden oder Gesundheitsstörungen gehabt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Welche Körperschäden oder Gesundheitsstörungen haben bereits vor dem schädigenden Ereignis bestanden?			
Waren Sie vor dem schädigenden Ereignis bereits in stationärer oder ambulanter Behandlung?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Aufgrund welcher Krankheit waren Sie in stationärer oder ambulanter Behandlung?			
<b>Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung vor dem schädigenden Ereignis</b>			
Name des Krankenhauses oder der ärztlichen Ansprechperson			
Wo befindet sich die Anschrift? <input type="checkbox"/> in Deutschland <input type="checkbox"/> außerhalb von Deutschland			
Straße		Hausnummer	Postleitzahl
Adresszusatz		Ort	

Postfach	Postleitzahl	Ort	
Auslandsanschrift	Staat		
Behandlungszeitraum bzw. Behandlungszeiträume			
Waren Sie aufgrund der Impfung arbeitsunfähig?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beginn der Arbeitsunfähigkeit		Ende der Arbeitsunfähigkeit	
Haben Sie aufgrund Ihrer Arbeitsunfähigkeit Krankengeld erhalten?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beginn der Krankengeldzahlung		Ende der Krankengeldzahlung	
Form der Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> Privat versichert <input type="checkbox"/> Nicht versichert			
Name der Krankenversicherung			
Straße	Hausnummer	Postleitzahl	Ort
Adresszusatz			
Postfach	Postleitzahl	Ort	
Mitgliedschaft seit (Datum)	Mitgliedsnummer/Krankenversichertennummer		
Frühere Krankenkasse			

### Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

### Sonstige Angaben

<b>Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten</b>			
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	

<b>Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall</b>	
<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
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?	
<b>Angaben zur Behinderung</b>	
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen
<b>Antrag auf Versorgung</b>	
Haben Sie bereits einen Antrag auf Versorgung gestellt und beziehen gegebenenfalls Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Soldatenversorgungsgesetz (SVG), Zivildienstgesetz (ZDG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingsgesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) beziehungsweise Vierzehnten Sozialgesetzbuch (SGB XIV)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen
<b>Unterstützung bei der Antragstellung</b>	
Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt?	



## Erklärungen

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Beträge zurückgezahlt werden müssen.	<input type="checkbox"/> Ja
--	-----------------------------

### Schweigepflichtentbindungserklärung

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, Therapieberichte, Entlassungsberichte, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung, Krankenunterlagen, und Röntgenbilder).

Die genannten Unterlagen können von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Krankenanstalten (auch privaten), Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken-, Pflege- und Unfallversicherungsunternehmen beigezogen werden, auch soweit sie von anderen Ärztinnen/Ärzten 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 gegebenenfalls anschließendes Überprüfungs- oder 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 Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, und Therapeutinnen/Therapeuten insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Stimmen Sie der Schweigepflichtentbindungserklärung zu?	<input type="checkbox"/> Ja
Von dieser Schweigepflichtentbindungserklärung schließe ich ausdrücklich aus:	

**Die jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen.**

Ort, Datum: Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers bzw. der sorgeberechtigten (bei Minderjährigen unter 15 Jahren müssen beide Sorgeberechtigten unterschreiben), bevollmächtigten oder betreuenden Person:

.....