

An das  
Niedersächsische Landesamt  
für Soziales, Jugend und Familie  
(Landessozialamt –LS-)  
Außenstelle

<b>Geschäftszeichen</b>	<b>Eingangsstempel</b>	<b>Z D G</b>
– wird vom Landessozialamt ausgefüllt –		

## Antrag

- auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Zivildienstgesetz (ZDG) in Verbindung mit den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes (BVG)
- auf Gewährung von Heilbehandlung bei Gesundheitsstörungen ohne Zivildienstbeschädigung (Bitte Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beifügen)

Sie werden gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig – in Maschinen- oder Blockschrift – zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen.  
Originalunterlagen werden unverzüglich zurückgesandt.

### Hinweis nach § 9 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG):

Ihre Angaben sind für die rechtmäßige Erfüllung der Vorschriften der §§ 47 ff ZDG erforderlich. Dabei sind Sie nach §§ 60-64 SGB I ausdrücklich zur Mitwirkung verpflichtet; die Grenzen der Mitwirkungspflicht sind § 65 SGB I festgelegt. Ihre Angaben werden mit Hilfe einer Datenverarbeitungsanlage gespeichert, soweit sie zur Erfüllung der Vorschriften des ZDG erforderlich sind.

Sofern Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Vordruckes haben möchten, wird Ihnen empfohlen, Ihre Gemeinde- oder Landkreisverwaltung in Anspruch zu nehmen oder sich unmittelbar an das Landessozialamt zu wenden. Zutreffendes bitte ankreuzen  oder ausfüllen.

### I. Angaben zur Person

1.	Name, Vorname	ggf. Geburtsname
2.	Geburtsdatum, Geburtsort, Kreis, Land (Bitte Geburtsurkunde beifügen oder bei persönlicher Abgabe des Antrages Personalausweis oder Reisepass vorlegen)	
3.	Familienstand	seit
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
4.	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) - Bitte Meldebestätigung beifügen -	Telefon (freiwillige Angabe)
5.	Beruf vor der Einberufung zum Zivildienst	Jetziger Beruf
	Name und Anschrift des damaligen Arbeitgebers	Name und Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers
Besteht durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen eine berufliche Beeinträchtigung?		
<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja, ich bitte um Prüfung, ob Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation durchgeführt werden können.		
Es liegt folgende berufliche Beeinträchtigung vor:		
6.	Dienstleistung im Zivildienst	
	a) Personenkennziffer: .....	
	b) Dauer der Dienstleistung:	
	von	bis
	Dienstelle	Ort
	c) Dienstbezüge erhalten bis zum:	Zahlende Dienststelle:

7. Sofern ein Vormund oder Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift des gesetzlichen Vertreters oder des bestellten Betreuers angeben und ggf. Bestallungsurkunde vorlegen.

.....

## II. Angaben zur Schädigung

1. Angabe der gesundheitlichen Schäden, für die Versorgung beantragt wird (Soweit diese gesundheitlichen Schäden bei der Entlassung festgestellt worden sind und Sie hierüber Unterlagen im Besitz haben, wird gebeten diese Unterlagen beizufügen).

.....  
.....  
.....

2. Auf welches schädigende Ereignis werden die gesundheitlichen Schäden zurückgeführt (Schildern Sie bitte die Umstände mit Angabe von Ort, Zeit und ggf. Zeugen)?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Handelt es sich bei den geltend gemachten Gesundheitsstörungen um die Folgen eines Verkehrsunfalls?

Nein

Ja

- a) Schildern Sie bitte, wann, von wo aus und mit welchem Ziel Sie den Weg angetreten und welche Wegstrecke Sie genommen haben?

.....  
.....  
.....

- b) Hatten Sie den Sicherheitsgurt angelegt?

Nein

Ja

- c) Ist Ihnen nach dem Unfall eine Blutprobe zur Feststellung des Blutalkoholwertes entnommen worden?

Nein

Ja, mit einem Blutalkoholwert von ..... ‰.

- d) Von welcher Polizeidienststelle ist der Unfall aufgenommen worden?

.....  
.....

- e) Bei welcher Staatsanwaltschaft und unter welchem Aktenzeichen wird die Angelegenheit bearbeitet?

.....  
.....  
.....

### III. Angaben zu ärztlichen und sonstigen Behandlungen sowie über die Krankenversicherung

1. In welchen Krankenhäusern waren Sie <b>während</b> der Zivildienstzeit in Behandlung?				
von	-	bis	Name und Anschrift des Krankenhauses ..... .....	
2. Waren Sie wegen der geltend gemachten Gesundheitsschäden bei <b>Beendigung des Zivildienstes</b> heilbehandlungsbedürftig und wo standen oder stehen Sie wegen dieser Gesundheitsstörungen in Behandlung?				
a) ambulante Behandlung				
von	-	bis	Name und Anschrift des Arztes ..... .....	
b) Krankenhausbehandlung				
von	-	bis	Name und Anschrift des Krankenhauses ..... .....	
3. Welche wesentlichen Erkrankungen oder Behinderungen haben <b>vor Eintritt der Schädigung</b> bestanden (ärztliche Behandlung, Krankenhausbehandlung)				
von	-	bis	Name/Anschrift des Arztes/Krankenhauses	wg. welcher Krankheit/Behinderung ..... .....
4. Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen				
a) Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung haben Sie <b>vor Eintritt in den Zivildienst</b> angehört (Name und Anschrift)?				
.....				
<input type="checkbox"/> als Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> als freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> als familienversichertes Mitglied				
b) Hat dieses Versicherungsverhältnis während des Zivildienstes weiter bestanden?				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Falls ja, bitte Bescheinigung der Krankenkasse beifügen).				
c) Welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung haben Sie <b>nach Beendigung des Zivildienstes</b> angehört und welcher Krankenkasse oder Krankenversicherung gehören Sie zurzeit an?				
von	-	bis	Name und Anschrift der Krankenkasse oder -versicherung ..... .....	
<input type="checkbox"/> als Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> als freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> als familienversichertes Mitglied				
5. Haben Sie aufgrund vertraglicher Abmachungen Anspruch auf Heilbehandlung gegen einen Dritten (Vertragliche Ansprüche aus einer privaten Krankenversicherung gehören nicht dazu)?				
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Bitte fügen Sie den Vertrag bei).				
6. Name und Anschrift Ihres Hausarztes				
..... .....				

### IV. Sonstige Angaben

1. Haben Sie wegen der Gesundheitsschäden, für die Sie Versorgung beantragen, bei anderen Stellen (z.B. Bundesamt für den Zivildienst) Ansprüche angemeldet?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Bezeichnung und Anschrift der Stelle .....	Aktenzeichen .....

2. Haben Sie wegen der Gesundheitsschäden, für die Sie Versorgung beantragen, bereits Schadenersatzansprüche bei dem Schädiger oder seiner Versicherung angemeldet? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Name und Anschrift des Schädigers sowie seiner Versicherung ..... .....		Aktenzeichen ..... .....
3. Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (z.B. Häftlingshilfegesetz, Opferentschädigungsgesetz, Infektionsschutzgesetz), oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Außenstelle (vormals Versorgungsamt) .....		Aktenzeichen .....
4. Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz gestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		
Außenstelle (vormals Versorgungsamt) .....		Aktenzeichen .....
5. Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:		
Kontonummer .....	Geldinstitut .....	Bankleitzahl .....
Kontoinhaber .....		

## V. Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach besten Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Zivildienstgesetz gestellt habe. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das Landessozialamt die für die Anspruchsprüfung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen (insbesondere Vorgänge des Bundesamtes für den Zivildienst, ggf. polizeiliche, staatsanwaltschaftliche Ermittlungsakten, Gerichtsakten) sowie die erforderlichen medizinischen Unterlagen (insbesondere Untersuchungsberichte, Befundberichte, Entlassungsberichte, Zwischenberichte, Krankenunterlagen, Röntgenbilder) von den genannten Ärzten, Krankenanstalten, Behörden, Gerichten und Sozialleistungsträgern sowie auch von privaten Kranken- und Pflegeversicherungsunternehmen – auch soweit sie von anderen Ärzten oder Stellen erstellt worden sind – in dem Umfang bezieht, wie diese Aufschluss über die geltend gemachten Tatbestände geben können.

Die Einwilligungserklärung gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren sowie für ein sich anschließendes Überprüfungs-/Widerspruchsverfahren. Sie bezieht sich auch auf die während des Verfahrens eintretenden Sachverhalte und ausgefertigten Unterlagen. Ich genehmige die Verwertung der Auskünfte und Unterlagen im Feststellungsverfahren und entbinde die genannten und beteiligten Ärzte insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Änderungen in den Verhältnissen, die bis zur Entscheidung über diesen Antrag oder danach eintreten, werde ich unverzüglich mitteilen.

### Beigefügt sind:

- Geburtsurkunde
- Meldebestätigung
- Zivildienstbescheinigung
- .....

.....  
(Unterschrift des Antragstellers oder des gesetzlichen Vertreters)