

An das  
 Niedersächsische Landesamt  
 für Soziales, Jugend und Familie  
 (Landessozialamt –LS-)  
 Außenstelle Oldenburg  
 Moslestr. 1,  
 26122 Oldenburg

<b>Geschäftszeichen</b>	<b>Eingangsstempel</b>	<b>I f S G</b>
– wird vom Landessozialamt ausgefüllt –		

## Antrag auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Sie werden gebeten, die nachstehenden Fragen sorgfältig und vollständig zu beantworten und die jeweils angegebenen Unterlagen beizufügen. Originalunterlagen werden unverzüglich zurückgesandt.

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.**

### Angaben zur Person

1.	Name, Vorname	ggf. Geburtsname
2.	Geburtsdatum, Geburtsort, Kreis, Land (bitte Geburtsurkunde beifügen)	
3.	Staatsangehörigkeit (Antragsteller, die nicht deutscher Staatsangehörigkeit sind (Ausländer), fügen bitte einen Nachweis über die Staatsangehörigkeit bei)	
4.	Familienstand <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	seit _____   Zahl der Kinder _____   
5.	Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort) - Bitte Meldebestätigung beifügen -	Telefon (freiwillige Angabe)   
6.	Name des Vaters	
	..... (Name, Vorname, Geburtsdatum)	
	Name der Mutter	
	..... (Name, Vorname, Geburtsdatum)	
7.	Bei Minderjährigen und Personen, für die eine Vormünderin/ein Vormund oder eine Betreuerin/ ein Betreuer bestellt ist, bitte Namen, Vornamen und Anschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters oder der bestellten Betreuerin/des bestellten Betreuers angeben und ggf. Bestallungsurkunde vorlegen.	

8.1 Wegen welcher – aus einer Schutzimpfung herrührenden – Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt?

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

8.2 Welche der genannten gesundheitlichen Schäden liegen noch vor?

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

8.3 Tag und Ort der Schutzimpfung

.....

Bundesland:..... Kreis:.....

8.4 Art der Schutzimpfung (bitte Impfausweis, Impfbuch etc. beifügen)

.....

8.5 Wer hat die Schutzimpfung durchgeführt? (Name und Anschrift der Ärztin/des Arztes/der Behörde)

.....  
.....

8.6 Bei einer Schutzimpfung im Ausland: Aus welchen Gründen konnten sie nicht in der Bundesrepublik Deutschland geimpft werden?

.....  
.....

8.7 In welchem zeitlichen Abstand zur Impfung haben sich erstmals Krankheitserscheinungen bemerkbar gemacht?

..... Tage ..... Wochen ..... Monate .....

8.8 Welche Angaben können Sie über den Krankheitsverlauf nach der Schutzimpfung machen?

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

8.9 Welche Ärztin/ welcher Arzt wurde zuerst aufgesucht? Bitte genaue Anschrift angeben.

.....  
.....

Zu welchem Zeitpunkt? .....

8.10 Welche anderen Personen können über den Krankheitsverlauf Auskunft geben?  
(Name, Anschrift)

.....  
.....

8.11 Ist das Gesundheitsamt oder der impfende Arzt von dem Impfschaden unterrichtet worden?

ja                       nein

Falls ja, welches Gesundheitsamt und wann?

.....  
.....

8.12 Welche Gesundheitsstörungen haben schon **vor** der Schutzimpfung bestanden?

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

8.13 Ambulante und stationäre Behandlungen **vor** der Schutzimpfung

von – bis	Name, Anschrift des Arztes/Krankenhauses	Wegen welcher Krankheit?
-----------	--	--------------------------

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

8.14 Waren Sie wegen einer Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt worden?

ja                       nein

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

.....  
.....

8.15 Bei Impfschäden im Säuglings- und Kleinkindalter

a) Wo wurden Sie geboren? .....

(Name und Anschrift des Krankenhauses)

b) Welcher Arzt/welche Ärztin hat die Schwangerschaft

.....

c) und die Geburt überwacht?

.....  
(Name und Anschrift)

d) Ggf. Name und Anschrift der  
anwesenden Hebamme

.....

e) Wie war der Ablauf der Geburt?

normal

mit folgenden Komplikationen

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

f) Welche (Kinder-)Ärztin/welcher Kinderarzt hat ggf. die nach der Geburt anfallenden turnusmäßigen Vorsorgeuntersuchungen (U2, U3 ff.) durchgeführt (Name und Anschrift)?

.....  
.....

8.16 Sind Krankheiten in der Familie – z. B. bei Eltern, Geschwistern, Großeltern – bekannt?

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

9.1 Ambulante ärztliche Behandlungen wegen der Folgen der Schutzimpfung

von – bis	Name, Anschrift der behandelnden Ärzte
-----------	--

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

9.2 Stationäre Behandlungen wegen der Folgen der Schutzimpfung

von – bis	Name, Anschrift der Krankenhäuser	Abteilung/Station
-----------	-----------------------------------	-------------------

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

9.3 Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen seit Ihrer Geburt

von – bis	Name, Anschrift der Krankenkasse (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben der/des Hauptversicherten).....	des jeweiligen Arbeitgebers
-----------	--	-----------------------------

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

10. Von welchen Ärzten wurden Sie bisher hausärztlich betreut?

von – bis	Name und genaue Anschrift der Ärztin/des Arztes, falls dieser nicht mehr praktiziert: der Praxisnachfolgerin/des Praxisnachfolgers
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

11.1 Haben Sie bereits früher bei einer anderen Stelle Entschädigungsleistungen wegen des geltend gemachten Impfschadens beantragt?

nein  ja, bei

Aktenzeichen:

11.2 Haben Sie wegen der gesundheitlichen Schäden, für die Sie Versorgung beantragen, bereits Schadenersatzansprüche bei der Impfärztin/dem Impfarzt oder seiner Versicherung oder dem Impfmittelhersteller angemeldet?

nein  ja, bei

Aktenzeichen:

.....  
Name und Anschrift der Regresspflichtigen/des Regresspflichtigen oder der Versicherung

11.3 Ist schon früher ein Verfahren wegen eines Impfschadens/Gewährung von Heilbehandlung durchgeführt worden, ggf. wann, von welcher Behörde und mit welchem Ergebnis?

.....  
.....

(Bitte Unterlagen zur Einsicht beifügen oder Anschrift und Aktenzeichen angeben)

11.4 Bei welchen bisher nicht aufgeführten Stellen könnten sich weitere Unterlagen über die geltend gemachte Erkrankung befinden, z. B. Gesundheitsamt, Arbeitsagentur, Rentenversicherungsträger?

.....  
.....

(Bitte Anschrift und Aktenzeichen angeben)

11.5 Haben Sie bereits einen Anspruch auf Versorgung nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (z. B. Soldatenversorgungsgesetz, Häftlingshilfegesetz, SED-Unrechtsbereinigungs-/Rehabilitationsgesetz, Opferentschädigungsgesetz) gestellt?

nein  ja, beim Landesamt bzw. Außenstelle

Aktenzeichen:

11.6 Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung von Funktionsbeeinträchtigungen nach dem Schwerbehindertenrecht (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX) gestellt?

nein  ja, beim Landesamt bzw. Außenstelle

Aktenzeichen:

11.7 Evtl. zustehende Versorgungsbezüge sollen auf das nachstehende Konto überwiesen werden:

BIC .....

IBAN .....

Geldinstitut

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

### Ich habe Kenntnis, dass

- die Behörde gemäß § 63 IfSG in Verbindung mit § 81a des Bundesversorgungsgesetzes grundsätzlich verpflichtet ist, Schadensersatzansprüche gegen den oder die Schädiger/innen geltend zu machen. In diesem Zusammenhang muss sie den / die Schädiger / in / nen frühzeitig von meiner Antragstellung in Kenntnis setzen. Sollte ich dies nicht wünschen, werde ich auf dem anliegenden 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 bedeuten;
- meine Schadensersatzansprüche gegen den / die Schädiger / in / nen mit Ausnahme von Schmerzensgeldansprüchen kraft Gesetz auf die zuständige Behörde übergehen und ich daher keine Vereinbarungen hierzu (z. B. Vergleiche) mit dem Schädiger / der Schädigerin / den Schädigern / Schädigerinnen oder deren Versicherungen treffen darf.

Um eine zügige und sachgerechte Antragsbearbeitung zu gewährleisten, ist das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie auf Ihre Mitwirkung angewiesen. Deshalb ist in den §§ 60 bis 67 Erstes Buch Sozialgesetzbuch –SGB I- die Mitwirkungspflicht der Person die Sozialleistungen beantragt oder erhält gesetzlich geregelt. Wer Sozialleistungen beantragt, hat u. a. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind. Außerdem haben Sie auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte (z. B. Krankenkasse, behandelnde Ärzte, Arbeitgeber usw.) zuzustimmen. Ist die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, weil Sie nicht mitwirken, kann die Leistung ohne weitere Ermittlungen bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagt werden, wenn die Leistungsvoraussetzungen nicht nachgewiesen sind. Ihre Mitwirkungspflicht besteht u. a. nicht, wenn Ihnen die Erfüllung aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann.

Die Rechtsgrundlagen der Datenerhebung finden sich in den §§ 69 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB X i. V. m. § 67 a SGB X.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Daten über meine Gesundheit, die der zuständigen Behörde mit diesem Verfahren nach dem IfSG zugänglich gemacht worden sind, erfasst und gespeichert werden (§ 67b SGB X) und

- den Gutachterinnen und Gutachtern, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen/aussagepsychologischen Begutachtung beauftragt worden sind,
- einem Dienstleister zur Fertigung von Schreivarbeiten
- den Hauptfürsorgestellten,
- den anderen Sozialleistungsträgern für deren eigene gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des
- § 35 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).

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und keinen weiteren Antrag auf Versorgung nach dem Gesetz über die Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz gestellt habe. Das Hinweisblatt zu den Informations- und Transparenzpflichten habe ich zur Kenntnis genommen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.**

Ort, Datum:

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers oder der gesetzlichen oder bestellten Vertreterin / des Vertreters oder der Betreuerin /des Betreuers

## 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 ggfs. auch über die entsprechenden Stellen in dem Land, in dem sich die geltend gemachte Tat ereignet hat, 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 Ärztinnen/Ärzte und Stellen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

ja

nein

von dieser Einverständniserklärung schließe ich ausdrücklich aus:


.....  
.....

-bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen -

Ort, Datum:

Unterschrift für Einverständniserklärung:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 

**Beigefügt sind:**

Geburtsurkunde

Meldebestätigung

Impfausweis/-schein

.....

**Informations- und Transparenzpflichten nach Artikel 13 ff Datenschutz – Grundverordnung**  
bei Schädigungen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland, der Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, der Schweiz und den Staaten der Europäischen Union

Für Verwaltungsverfahren nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), Opferentschädigungsgesetz (OEG), Infektionsschutzgesetz (IfSG), Häftlingshilfegesetz (HHG), Strafrechtliches Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG), Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG) oder dem Zivildienstgesetz (ZDG)

Das Niedersächsische Landesamt für Soziales, Jugend und Familie (LS) informiert Sie nachfolgend über Art, Umfang und Zweck der Datenerhebung und Verwendung ihrer Daten.

Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Durchführung der Verwaltungsverfahren nach den o. g. Gesetzen verarbeitet. Rechtsgrundlage dieser Verarbeitung sind Art. 6 Abs. 1 Buchst. a) und c) der Verordnung (EU) 2016/679 (DSGVO) und §§ 67 ff Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X).

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten ist daher gesetzlich vorgeschrieben. Sofern Sie Ihre personenbezogenen Daten nicht bereitstellen, kann das LS über Ihren Antrag nicht oder nur eingeschränkt entscheiden. Zudem kann das LS Ihren Antrag wegen fehlender Mitwirkung ganz oder teilweise ablehnen.

Ihre Daten werden so lange gespeichert, wie dies unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen nach § 67c SGB X für die jeweilige Aufgabenerfüllung notwendig ist. Der Speicherzeitraum beginnt mit der Antragstellung.

Ihre personenbezogenen Daten werden –soweit dies notwendig ist- weitergeleitet an

- Gutachterinnen und Gutachter, die von der zuständigen Behörde mit der medizinischen Begutachtung beauftragt worden sind
- andere Sozialleistungsträger für deren gesetzliche soziale Aufgabenwahrnehmung im Sinne des § 35 SGB I
- Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit im Streitverfahren
- Justizbehörden
- andere am Verwaltungsverfahren beteiligte Einrichtungen und Personen, z. B. Heime, Zeugen, Arbeitgeber, Banken etc.
- Dienstleister zur Fertigung von Schreibearbeiten

Das LS als verantwortliche datenverarbeitende Stelle ist postalisch unter *Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Hauptstelle, Fachgruppe LV, Domhof 1, 31134 Hildesheim* erreichbar. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Datenschutzbeauftragte der Behörde per E-Mail unter [Datenschutz@ls.niedersachsen.de](mailto:Datenschutz@ls.niedersachsen.de) bzw. postalisch unter *Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie, Datenschutzbeauftragte, Domhof 1, 31134 Hildesheim* zu kontaktieren.

Gegenüber dem LS können folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung oder Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Darüber hinaus können Sie sich an die Niedersächsische Aufsichtsbehörde für den Datenschutz (Landesbeauftragte für den Datenschutz) wenden und dort ein Beschwerderecht geltend machen.