

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| Geschäftszeichen | Eingangsstempel |
|                  |                 |

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen!

## Antrag

**auf Gewährung von Beschädigtenversorgung nach dem Gesetz über die Aufhebung rechtsstaatswidriger Verwaltungsentscheidungen im Beitrittsgebiet – Verwaltungsrechtliches Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)**

|           |  |                           |   |
|-----------|--|---------------------------|---|
| <b>1.</b> | <b>Angaben zur Person</b>  |                           |   |
| 1.1       | <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr  |                           |   |
|           | Name, ggf. Geburtsname   |                           | Vorname   |
|           | Geburtsdatum   | Geburtsort – Kreis – Land | Staatsangehörigkeit   |
|           | Familienstand: (Ggf. bitte Nachweis beifügen.)<br><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend<br><input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft beendet/aufgehoben                   |                           |   |
|           | Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Bitte Meldebescheinigung beifügen.)<br>Straße, Hausnummer   |                           |   |
|           | PLZ  | Wohnort                   | telefonisch tagsüber zu erreichen unter:  |
|           | <b>Wohnsitz vor der Verwaltungsentscheidung:</b>   |                           |   |
|           | <b>Bei Ausländern:</b> (Bitte Aufenthaltstitel oder Niederlassungserlaubnis bzw. Aufenthaltsgestattung der Ausländerbehörde in Fotokopie beifügen, soweit vorhanden.)<br><br>In der Bundesrepublik ununterbrochen wohnhaft seit: _____<br>Handelt es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt von längstens sechs Monaten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                           |   |
| 1.2       | derzeitige Tätigkeit:  |                           | frühere Tätigkeit (vor der Verwaltungsentscheidung):<br><br>frühere Tätigkeit (nach der Verwaltungsentscheidung): |
|           | Sind Sie durch die geltend gemachten Gesundheitsstörungen in Ihrer Tätigkeit besonders betroffen?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Gründe: _____  |                           |   |
|           | Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen (Umschulung u. ä.) interessiert?<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, Gründe: _____   |                           |   |
| 1.3       | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r<br>ODER:<br><br><input type="checkbox"/> bestellte/r Betreuer/in *<br>(* Bei Personen, für die ein Betreuer oder Pfleger bestellt ist.)<br>Bitte Name, Vorname und Anschrift des Betreuers oder Bevollmächtigten angeben.<br>(Ggf. bitte Bestallungsurkunde oder Betreuungsausweis oder Vollmacht in Kopie beifügen.)                     |                           |   |
|           | Name   |                           | Vorname   |
|           | Straße, Hausnummer   |                           |   |
|           | PLZ  | Wohnort                   |   |

|           |   |  |                      |
|-----------|---|--|----------------------|
| <b>2.</b> | <b>Angaben zu den rechtsstaatswidrigen Verwaltungsentscheidungen</b>  |  |                      |
| 2.1       | Wegen welcher Maßnahme(n) wird Versorgung beantragt?  |  |                      |
|           | <b>Art und Ort der Maßnahme / Welche Stelle bewirkte die Maßnahme?</b>  | <b>von</b>   | <b>bis</b>           |
|           |   |  |                      |
|           |   |  |                      |
|           |   |  |                      |
| 2.2       | Haben Sie eine Rehabilitierungsentscheidung nach dem VwRehaG beantragt?   |  |                      |
|           | <input type="checkbox"/> nein, noch nicht beantragt   | <input type="checkbox"/> ja, wurde beantragt (Bitte Nachweis beifügen.)        |                      |
|           | <input type="checkbox"/> wurde abgelehnt (Bitte Nachweis beifügen)  | <input type="checkbox"/> Rehabilitierung ist erfolgt (Bitte Nachweis beifügen) |                      |
| <b>3.</b> | <b>Angaben zu Gesundheitsstörungen *)</b>   |  |                      |
| 3.1       | Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird Versorgung beantragt und welche Gesundheitsstörungen liegen jetzt noch vor?                             |  |                      |
| 3.2       | Welche Gesundheitsstörungen haben vor Eintritt des schädigenden Ereignisses bestanden?  |  |                      |
| <b>4.</b> | <b>Angaben zum schädigenden Ereignis</b>  |  |                      |
| 4.1       | Auf welches schädigende Ereignis werden die Gesundheitsstörungen zurückgeführt? (Genauere Schilderung der Ursachen mit Angabe von Zeit und Ort) |  |                      |
| 4.2       | Name und Anschrift der Zeugen   |  |                      |
| 4.3       | Inwieweit stehen die unter 3.1 geltend gemachten Gesundheitsstörungen mit der rechtsstaatswidrigen Verwaltungsmaßnahme im Zusammenhang?         |  |                      |
| <b>5.</b> | <b>Angaben zu ärztlichen und sonstigen Behandlungen sowie zur Krankenversicherung *)</b>  |  |                      |
| 5.1       | ärztliche Behandlung in zeitlichem Zusammenhang mit der rechtsstaatswidrigen Verwaltungsmaßnahme  |  |                      |
|           | von – bis   | Genauere Bezeichnung   | Grund der Behandlung |
|           |   |  |                      |
|           |   |  |                      |
|           |   |  |                      |

|           |   |   |   |                   |
|-----------|---|---|---|-------------------|
| 5.2       | stationäre Behandlungen wegen der unter 3.1 aufgeführten Gesundheitsstörungen nach Eintritt des schädigenden Ereignisses  |   |   |                   |
|           | von – bis   | Name – Anschrift der Krankenhäuser  | Grund der Behandlung<br>Abteilung/Station |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
| 5.3       | sonstige ärztliche Behandlungen wegen der unter Nr. 3.1 aufgeführten Gesundheitsstörungen nach Eintritt des schädigenden Ereignisses  |   |   |                   |
|           | von – bis   | Name – Anschrift der behandelnden Ärzte                                       | Abteilung/Station                         |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
| 5.4       | Name und Anschrift des Hausarztes   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
| 5.5       | Bei welchen anderen Stellen befinden sich ärztliche Unterlagen/Gutachten über die bei Ihnen bestehenden Gesundheitsstörungen – z.B. Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Pflegekasse -?   |   |   |                   |
|           | Name – Bezeichnung  | Anschrift   | Geschäftszeichen                          |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
| 5.6       | Zugehörigkeit zu Krankenkassen und Krankenversicherungen <b>vor und nach</b> Eintritt des schädigenden Ereignisses  |   |   |                   |
|           | von – bis   | Name – Anschrift der Krankenkasse   | des jeweiligen Arbeitgebers               | Versicherungs-Nr. |
|           |   | (Bei Familienversicherten bitte entsprechende Angaben des Hauptversicherten.) |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           | <input type="checkbox"/> Pflichtmitglied <input type="checkbox"/> freiwilliges Mitglied <input type="checkbox"/> familienversichertes Mitglied <input type="checkbox"/> privat versichert   |   |   |                   |
| <b>6.</b> | <b>Sonstige Angaben</b>   |   |   |                   |
| 6.1       | Name / Anschrift Ihres Rentenversicherungsträgers   |   |   |                   |
|           |   |   |   |                   |
|           | Versicherungsnummer:  |   |   |                   |
|           | Beziehen Sie Unfallrente, Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder Leistungen nach dem Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte oder haben Sie diese beantragt?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde |   |   |                   |
|           |   |   | GZ:                                       |                   |

|     |   |                        |                    |
|-----|---|------------------------|--------------------|
| 6.2 | Beziehen Sie Versorgung nach beamtenrechtlichen Bestimmungen oder haben Sie diese beantragt?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde  | GZ:                    |                    |
| 6.3 | Haben Sie wegen der Folgen der Schädigung Anspruch auf Leistungen gegenüber weiteren Leistungsträgern (z.B. Krankenkassen, privater Krankenversicherung, Unfallversicherungsträger u.a.) oder haben Sie diese beantragt?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde  | GZ:                    |                    |
| 6.4 | Erhalten Sie Leistungen von sonstigen Sozialleistungsträgern (z. B. Sozialamt, Agentur für Arbeit oder aus dem Ausland) oder haben Sie diese beantragt?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde   | GZ:                    |                    |
| 6.5 | Haben Sie einen Antrag nach dem Schwerbehindertenrecht gestellt?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde  | GZ:                    |                    |
| 6.6 | Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz, Soldatenversorgungsgesetz, Zivildienstgesetz, Infektionsschutzgesetz, Häftlingshilfegesetz, Strafrechtlichen Rehabilitierungsgesetz, Verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz oder haben Sie diese beantragt?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    Anschrift der Behörde | GZ:                    |                    |
| 6.7 | Evtl. zustehende Leistungen sollen überwiesen werden an   |                        |                    |
|     | <b>Kontoinhaber:</b>  |                        |                    |
|     | <b>Geldinstitut:</b>  | <b>Bankleitzahl:</b>   | <b>Konto-Nr.:</b>  |
|     |   | <b>BIC/Swift-Code:</b> | <b>IBAN:</b><br>DE |
| 7.  | <b>Versicherung</b><br><br>Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und sämtliche Angaben richtig und vollständig gemacht worden sind. Ich habe bei keiner anderen Stelle einen Antrag auf Versorgung gestellt. Mir ist bekannt, dass wahrheitswidrige Angaben strafrechtlich verfolgt werden können und zu Unrecht empfangene Bezüge zurückgezahlt werden müssen.      |                        |                    |
| 8.  | <b>Erklärung</b><br><br>siehe Anlage<br><br><hr/> Ort, Datum <span style="float: right;">Unterschrift</span>  |                        |                    |

\*) Bitte verwenden Sie das beiliegende Zusatzblatt, wenn der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht.



| <b>Weitere Angaben:</b> |
|-------------------------|
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |
|                         |

Name: \_\_\_\_\_

Geschäftszeichen: \_\_\_\_\_

## Erklärung und Information zum Antrag auf Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und den Nebengesetzen

### 1. Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Prüfung des Landesamtes für Soziales und Versorgung darauf ausgerichtet ist, zu meinen Gunsten alle in Betracht kommenden gesundheitlichen Schädigungen festzustellen. Zu diesem Zweck holt es alle notwendigen medizinischen und sonstigen Unterlagen sowie Auskünfte bei Ärzten und anderen Stellen ein, die ich im Antrag angegeben habe. Das schließt die Unterlagen und Auskünfte ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

In Kenntnis dessen **willige ich ein**, dass das Landesamt für Soziales und Versorgung von den von mir im Antrag bzw. im weiteren Verfahren angegebenen oder aus den überlassenden Unterlagen ersichtlichen **Ärzten, Psychologen, Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Behörden, Sozialleistungsträgern und gleichgestellten Stellen alle medizinischen Unterlagen und Auskünfte in dem Umfang anfordert**, wie diese Aufschluss über die mir vorliegenden gesundheitlichen Schädigungen geben können.

**Ich stimme der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte zu und entbinde die beteiligten Ärzte und sonstigen beteiligten Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.**

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig ist und jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden kann. Sie gilt für das mit diesem Antrag eingeleitete Verwaltungsverfahren und für ein eventuell anschließendes Widerspruchsverfahren. Sie erstreckt sich auch auf psychische, psychoanalytische und psychotherapeutische Unterlagen und Behandlungen. Soweit ich damit nicht einverstanden bin, habe ich die Beschränkungen dieser Einwilligung unten vermerkt.

Ärztliche Untersuchungen, die während dieses Verwaltungsverfahrens stattgefunden haben, werde ich dem Landesamt für Soziales und Versorgung **umgehend mitteilen**. Sofern ich mit der Verwertung der Unterlagen und Auskünfte über diese ärztlichen Untersuchungen einverstanden bin, werde ich dies bei der Mitteilung erklären und insoweit auch die beteiligten Ärzte von ihrer Schweigepflicht entbinden.

Raum für eine etwaige Einschränkung des Einverständnisses:

### 2. Information der Antragstellerin/des Antragstellers

Das Landesamt für Soziales und Versorgung möchte Sie darüber informieren, dass es **medizinische Daten**, die ihm bereits vorliegen oder die es gemäß Ziffer 1 mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (z. B. Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Renten- und Unfallversicherungsträger) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben sowie an Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit **weitergeben darf**. Zur eigenen Aufgabenerfüllung darf es diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (z. B. zu beauftragende Gutachter) übermitteln, wenn und soweit dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 i. V. m. § 76 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X).

**Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen.** Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen die beantragte Leistung ganz oder teilweise versagt wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB).

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Ziffer 1) ist die Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers – nicht die des ggf. Bevollmächtigten – erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift

## **Wortlaut Gesetzestexte**

### **§ 66 SGB I – Folgen fehlender Mitwirkung**

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. Dies gilt entsprechend, wenn der Antragsteller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

### **§ 69 SGB X (Auszug) – Übermittlung für die Erfüllung sozialer Aufgaben**

(1) Eine Übermittlung von Sozialdaten ist zulässig, soweit sie erforderlich ist

1. für die Erfüllung der Zwecke, für die sie erhoben worden sind oder für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der übermittelnden Stelle nach diesem Gesetzbuch oder einer solchen Aufgabe des Dritten, an den die Daten übermittelt werden, wenn er eine in § 35 des Ersten Buches genannte Stelle ist,
2. für die Durchführung eines mit der Erfüllung einer Aufgabe nach Nummer 1 zusammenhängenden gerichtlichen Verfahrens einschließlich eines Strafverfahrens ...

### **§ 76 SGB X (Auszug) – Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten**

(1) Die Übermittlung von Sozialdaten, die einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle von einem Arzt oder einer anderen in § 203 Abs. 1 und 3 des Strafgesetzbuches genannten Person zugänglich gemacht worden sind, ist nur unter den Voraussetzungen zulässig, unter denen diese Person selbst übermittlungsbefugt wäre.

(2) Absatz 1 gilt nicht

1. im Rahmen des § 69 Abs. 1 Nr. 1 und 2 für Sozialdaten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen oder wegen der Ausstellung einer Bescheinigung übermittelt worden sind, es sei denn, dass der Betroffene der Übermittlung widerspricht; der Betroffene ist von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen,
2. im Rahmen des § 69 Abs. 4 und 5 und des § 71 Abs. 1 Satz 3 ...