



Landesamt für Soziales,
Jugend und Versorgung
– Referat 21.4 SER –
Schießgartenstraße 6
55116 Mainz

Aktenzeichen:

Eingangsstempel:

Antrag auf Gewährung von Versorgung gemäß § 60 Infektionsschutzgesetz – IfSG –

I. Angaben zur Person

1. Name Vorname ggf. Geburtsname

2. Geburtsdatum Geburtsort
Kreis Land

3. PLZ, Wohnort Kreis
Straße, Hausnummer

4. Familienstand (Geburts- oder Heiratsurkunde beifügen)
ledig verheiratet in Lebenspartnerschaft lebend verwitwet geschieden
getrennt lebend Lebenspartnerschaft aufgehoben seit

5. Staatsangehörigkeit

6. Name des Ehegatten (Vor- und Zuname, Geburtstag)

7. Name der Kinder (Vor und Zuname, Geburtstag)

8. Name der Eltern
Vater (Vor- und Zuname, Geburtstag)

Mutter (Vor- und Zuname, Geburtstag)

9. Bei geistigen oder körperlichen Gebrechlichkeiten Name und Anschrift des Betreuers
(Bitte Bestallungsurkunde beifügen)

10. Welche Schulen haben Sie besucht? Einschulung am
Anschrift der Schule
ggf. weitere Schulen
11. Beruf
vor der Schädigung
jetzt
Sind Sie an Berufsförderungsmaßnahmen interessiert? Ja Nein
Gründe
12. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Werkstatt für Behinderte
13. Sind Sie in einer Einrichtung oder in einem Heim untergebracht? Ja Nein
wenn ja, seit wann? (Name und Anschrift der Einrichtung/des Heims)

Von welcher Behörde werden die Einrichtungs- und Heimkosten gezahlt?

Aktenzeichen

II. Angaben zur Impfschädigung

1. Wegen welcher Gesundheitsstörungen wird der Antrag gestellt?
2. Impfung gegen (bitte Impfschein beifügen)
Tag der Impfung Ort der Impfung
Kreis Land
3. Wurde die Impfung an einem öffentlichen Impftermin durchgeführt? Ja Nein
4. Wurde die Impfung von einem Privatarzt durchgeführt? Ja Nein
Name und Anschrift des Arztes
5. Ist das Gesundheitsamt oder der impfende Arzt von dem Impfschaden unterrichtet worden? Ja Nein, falls ja, welches Gesundheitsamt und wann?
6. In welchem zeitlichen Abstand zur Impfung haben sich erstmals Krankheitserscheinungen bemerkbar gemacht?
Tage Wochen Monate
7. Welche Krankheitserscheinungen wurden dabei beobachtet (ggf. ausführliche Schilderung der Eltern beifügen)?

8. Welcher Arzt wurde zuerst aufgesucht (bitte genaue Anschrift angeben)?

Zu welchem Zeitpunkt?

9. Bisherige ambulante ärztliche Behandlungen wegen des geltend gemachten Impfschadens

Von	Bis	Name und Anschrift des Arztes	Wegen welcher Krankheit
-----	-----	-------------------------------	-------------------------

10. In welchen Krankenhäusern wurden Sie wegen des geltend gemachten Impfschadens ambulant oder stationär behandelt?

Bezeichnung des Krankenhauses und der Abteilung

Name und Anschrift des behandelnden Arztes

Von	ambulant
-----	----------

Bis	stationär
-----	-----------

Von	ambulant
-----	----------

Bis	stationär
-----	-----------

Von	ambulant
-----	----------

Bis	stationär
-----	-----------

Zu den Fragen 9. und 10. erbitten wir im Hinblick auf die erforderlichen Ermittlungen vollständige und möglichst genaue Angaben

11. Wo wurden Sie geboren (ggf. Name und Anschrift des Krankenhauses)?

Welcher Arzt hat die Schwangerschaft überwacht (Name und Anschrift)?

Welcher Arzt hat die Geburt überwacht (Name und Anschrift)?

Ggf. Name und Anschrift der anwesenden Hebamme

Gab es Besonderheiten bei der Geburt (ggf. welche)?

12. Bestanden schon vor Eintritt des Impfschadens Gesundheitsstörungen (ggf. welche)?

Bei welchem Arzt standen Sie diesbezüglich in Behandlung (Name und Anschrift)?

13. Waren Sie wegen einer Erkrankung von einer Impfung zurückgestellt worden?

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

14. Welchen Krankenkassen haben Sie **vor Eintritt des Impfschadens** angehört?

Anschrift der Krankenkasse

Name des Hauptversicherten

Geb.-Datum, Wohnort und Arbeitgeber

Von

Bis

Von

Bis

Von

Bis

15. Welchen Krankenkassen gehörten bzw. gehören Sie **seit Eintritt des Impfschadens** an?

Anschrift der Krankenkasse

Name des Hauptversicherten

Geb.-Datum, Wohnort und Arbeitgeber

Von

Bis

Von

Bis

Von

Bis

16. Von welchen Ärzten wurden Sie bisher hausärztlich betreut?

Name und genaue Anschrift des Arztes, falls dieser nicht mehr praktiziert, des Praxisnachfolgers

Von

Bis

Von

Bis

Von

Bis

17. Haben Sie bereits einen Antrag auf Feststellung von Behinderungen nach dem Schwerbehindertengesetz gestellt? Wenn ja, bei welcher Behörde (bitte genaue Anschrift und Aktenzeichen angeben)?

18. Wer hat Ihnen empfohlen, den Antrag auf Anerkennung eines Impfschadens zu stellen?

19. 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)?

20. Bei welchen bisher nicht aufgeführten Stellen könnten sich weitere Unterlagen über die geltend gemachte Erkrankung befinden, z. B. Gesundheitsamt, Arbeitsamt, Rentenversicherungsträger (bitte Anschrift und Aktenzeichen angeben)?

Es handelt sich um Unterlagen aus dem Jahr

21. Erhalten Sie Leistungen der Sozialhilfe oder Landespflegegeld, ggf. von welcher Behörde? Bitte geben Sie die Anschrift und das Aktenzeichen an, unter dem Ihre Vorgänge bearbeitet werden.

Aktenzeichen

22. Falls es zur Gewährung von Rentenleistungen kommt, auf welches Konto sollen die Bezüge überwiesen werden?

Bankinstitut

Kontonummer

BLZ

BIC

IBAN

Kontoinhaber/in

23. Ergänzende Bemerkungen

Bitte überprüfen Sie Ihre Eintragungen und achten Sie auf vollständige Angaben. Sie erleichtern uns damit die Bearbeitung Ihres Antrages und tragen zu einer zügigen Sachverhaltsaufklärung bei. Dies gilt insbesondere für die Fälle, in denen die Impfung viele Jahre zurückliegt. Fall Sie im Besitz ärztlicher Unterlagen sind, fügen Sie diese bitte zur Einsicht bei.

Telefonisch bin ich tagsüber unter folgender Nummer zu erreichen:

Ich versichere, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Datum, Ort

Unterschrift des Antragstellers

Anlagen:

1 Einverständniserklärung

1 Impfpass

1 Geburts-/Heiratsurkunde

1 Bestallungsurkunde

1 Kinderuntersuchungsheft

Ärztliche oder sonstige Unterlagen (Unzutreffendes streichen)

Aktenzeichen

Name

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass in diesem Verwaltungsverfahren und einem sich eventuell anschließenden Vorverfahren die notwendigen Auskünfte bei den von mir benannten Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Krankenanstalten (auch privaten), gesetzlichen und privaten Renten-, Kranken-, Pflege und Unfallversicherungsträgern einschließlich der medizinischen Dienste sowie sonstigen von mir benannten Stellen, Einrichtungen und Behörden eingeholt werden können. Ich bin auch damit einverstanden, dass die dort geführten Unterlagen (z.B. Röntgenbilder, Krankenpapiere, Arztbriefe etc.) im erforderlichen Umfang beigezogen werden. Diese hier vorliegende Einverständniserklärung erfüllt die in der Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union (EU-DSGVO) normierten Voraussetzungen.

Von dieser Einverständniserklärung nehme ich ausdrücklich aus (bitte Ärztin/Arzt, Einrichtung, Stelle, Unterlagen genau bezeichnen):

Ich stimme der Verwertung der Auskünfte und Unterlagen in diesem Verwaltungsverfahren ausdrücklich zu und entbinde die beteiligten Personen und Stellen von ihrer Schweigepflicht

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Sozialdaten, die in diesem Verwaltungsverfahren bekannt geworden sind,

- erfasst und gespeichert werden (§ 67 c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X –) und
- für eigene gesetzliche soziale Aufgaben, aber auch an andere Stellen im Sinne des § 35 SGB I (z. B. Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgaben nach § 69 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 76 Abs. 2 SGB X übermittelt werden dürfen, falls ich nicht ausdrücklich widerspreche.

Datum

Unterschrift

Ich bitte Sie, Ihre Einverständniserklärung unterschrieben an das
Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung
Referat SER
Schießgartenstraße 6
55116 Mainz
zurückzuschicken.