

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

Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe § 24 SGB XIV

Hier bitte Name / Adresse der Versorgungsbehörde eintragen <p style="text-align: center; color: blue;">Landratsamt Hohenlohekreis Sozial- und Versorgungsamt Allee 17, 74653 Künzelsau</p>	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	Familiename	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

Familiename	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:			
Angaben zur Ehe (nur bei Auswahl „Witwenverhältnis/Witwerverhältnis“ auszufüllen)			
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
Angaben für Waisen und Halbwaisen (nur bei Auswahl „Kindschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
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	
Angaben zum anderen Elternteil (nur bei Auswahl „Halbwaise“ und „Elternschaftsverhältnis“ auszufüllen)			
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
Andere Ansprüche			
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)

Familienname		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			
Familienname		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			
Angaben zur Impfärztin oder zum Impfarzt			
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			
Angaben zum Arbeitgeber			
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?			
Impfschäden im Säuglings- und Kleinkindalter			
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	
Angaben zur Mutter			
Familiennamen		Geburtsname	
Vornamen		Geburtsdatum	
Gesundheitliche Folgen der Impfung			
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
Angaben zum aufgesuchten Arzt (nur auszufüllen, wenn der aufgesuchte Arzt ein anderer Arzt ist als der Impfarzt)			
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)			
Weitere Angaben zum Impfschaden und zum Krankheitsverlauf			
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?			
Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung aufgrund des schädigenden Ereignisses			
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?			
Angaben zur stationären oder ambulanten Behandlung vor dem schädigenden Ereignis			
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/Krankenversicherernummer		
Frühere Krankenkasse			

Bankverbindung

Kontoinhaber	IBAN
BIC	Geldinstitut

Sonstige Angaben

Anspruch auf Leistungen gegenüber Dritten			
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	

Leistungen zur Teilhabe und Besondere Leistungen im Einzelfall	
<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?	
Angaben zur Behinderung	
Wurde eine Behinderung oder Schwerbehinderung festgestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der Behörde	Aktenzeichen/Geschäftszeichen
Antrag auf Versorgung	
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
Unterstützung bei der Antragstellung	
Haben Sie Unterstützung bei der Antragstellung erhalten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer hat Sie bei der Antragstellung unterstützt?	

